

UNIVERZITA KARLOVA

Filozofická fakulta

Katedra psychologie



# DIPLOMOVÁ PRÁCE

Petra Martinová

**Všímavost, soucit se sebou a syndrom vyhoření**

**Mindfulness, Self-compassion and Burnout Syndrom**

Praha, 2020

Vedoucí práce: PhDr. Katarína Loneková, Ph. D.

## Poděkování

Ráda bych na tomto místě poděkovala vedoucí své diplomové práce PhDr. Kataríně Lonekové, Ph. D., která mě po celou dobu psaní práce inspirovala a předávala mi cenné rady a zkušenosti. Dále bych chtěla poděkovat Davidu Augulisovi za pomoc se statistickým zpracováním dat a všem respondentům, kteří si ve svých nabitých harmonogramech našli čas na účast ve výzkumu, který je součástí této práce. V neposlední řadě chci poděkovat své rodině, a to především dvěma malým dětem, které mě nechaly psát tuto práci, ačkoli si se mnou moc chtěly hrát.

## **Prohlášení**

*Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.*

*V Praze dne 26. 7. 2020*

.....

*Petra Martinová*

## Abstrakt

*Východiska.* Syndrom vyhoření je obtíž, která postihuje především zaměstnance tzv. pomáhajících profesí. Může silně narušit kvalitu jejich života a snížit pracovní výkon a společně s ním i kvalitu péče o klienty. Není tedy překvapivé, že se objevují tendence syndromu vyhoření předcházet nebo mírnit jeho příznaky. Jednou ze zkoumaných možností je rozvíjení všímavosti a soucitu k sobě. *Cíle.* Tato práce si klade za cíl teoreticky prodiskutovat a následně výzkumně prověřit předpokládané souvislosti mezi všímavostí, soucitem k sobě a syndromem vyhoření u zaměstnanců českých psychiatrických nemocnic a oddělení, kteří pracují v přímé práci s klientem. *Soubor a procedura.* 160 dospělých respondentů vyplnilo v online výzkumném šetření demografický dotazník, Škálu soucitu se sebou (SCS-SZ), Dotazník pěti aspektů všímavosti (FFMQ-15-CZ) a Copenhagen Burnout Inventory (CBI). *Statistická analýza.* S využitím programu Jamovi byly vypočítány hodnoty deskriptivní statistiky a Pearsonovy korelační koeficienty. *Výsledky.* Výsledky odhalily, že existují statisticky významné souvislosti mezi všímavostí, soucitem k sobě a mírou vyhoření u zkoumaného souboru. *Limity.* Ve studii byly používány výhradně sebeposuzovací dotazníky, výběr respondentů probíhal samovýběrem a výzkumník nebyl přítomen u vyplňování dotazníků.

## Klíčová slova

Syndrom vyhoření, všímavost, soucit k sobě, odborníci na duševní zdraví

## **Abstract**

*Background.* Burnout is a syndrome which affects, particularly, employees of the so-called helping professions. It can influence quality of life and reduce job performance together with the quality of caring about clients. Thus it is not surprising that there is a tendency to prevent burnout and mitigate its symptoms. Developing mindfulness and self-compassion is one of the researched possibilities. *Aims.* This thesis aims to theoretically discuss and subsequently verify by research anticipated link between mindfulness, self-compassion and burnout affecting employees in Czech psychiatric hospitals and wards who work directly with their clients. *Data and procedure.* 160 adult respondents have filled in a demographic questionnaire, The Self-Compassion Scale (SCS-SZ), The Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ-15-CZ) and The Copenhagen Burnout Inventory (CBI) in an online survey. *Statistical analysis.* The figures of descriptive statistics and Pearson's correlation coefficients were calculated via Jamovi program. *Results.* The results have shown that there are significant links between mindfulness, self-compassion and the degree of burnout in case of the respondents. *Limits.* Only self-report questionnaires were used in the study, the respondents were chosen by self-selection, and the researcher was not present when the respondents were filling in the questionnaires.

## **Keywords**

Burnout syndrom, mindfulness, self-compassion, mental healthcare professionals

## Obsah

Úvod.....	8
LITERÁRNĚ PŘEHLEDOVÁ ČÁST .....	10
1. Syndrom vyhoření.....	10
1.1. Vymezení pojmu syndrom vyhoření.....	10
1.2. Rizikové a protektivní faktory syndromu vyhoření .....	12
1.3. Fáze vývoje syndromu vyhoření .....	14
1.4. Příznaky syndromu vyhoření .....	16
1.5. Syndrom vyhoření a jiné psychické obtíže .....	18
1.6. Diagnostika míry vyhoření.....	20
1.6.1. Diagnostické nástroje.....	21
1.7. Prevence a léčba syndromu vyhoření.....	23
1.8. Profese ohrožené syndromem vyhoření .....	25
2. Všímavost (mindfulness) .....	27
2.1. Vymezení pojmu všímavost .....	27
2.2. Vlastnosti všímavosti .....	29
2.3. Rozvíjení všímavosti.....	30
2.4. Využití všímavosti .....	31
2.4.1. Terapie založené na všímavosti .....	31
2.4.2. Všímavost v klinické psychologii.....	34
2.4.3. Všímavost v psychologii práce .....	35
2.5. Rizika všímavosti .....	36
2.6. Měření míry všímavosti .....	36
3. Soucit k druhým a k sobě.....	39
3.1. Vymezení pojmu soucit k sobě .....	39
3.2. Využití soucitu k sobě.....	41
3.3. Měření míry soucitu k sobě.....	42

3.4. Soucit k sobě a všímavost .....	42
4. Souvislosti všímavosti, soucitu k sobě a syndromu vyhoření .....	44
VÝZKUMNÁ ČÁST .....	48
5. Cíle výzkumu .....	48
5.1. Výzkumné otázky a hypotézy .....	48
6. Design výzkumného projektu .....	51
6.1. Metody získávání dat .....	51
6.2. Metody zpracování a analýzy dat.....	53
6.3. Etika výzkumu .....	53
7. Výzkumný soubor.....	54
8. Výsledky .....	61
8.1. Deskriptivní statistika a normalita rozložení.....	61
8.2. Korelační analýza.....	61
9. Diskuse.....	67
Závěr .....	73
Seznam použité literatury .....	75
Seznam grafů .....	93
Seznam tabulek .....	94
Seznam zkratk .....	95
Příloha 1. Demografický dotazník .....	I
Příloha 2. Histogramy .....	VII
Příloha 3. Korelační matice (jednostranná hypotéza o negativní korelaci) .....	VIII
Příloha 4. Korelační matice (jednostranná hypotéza o pozitivní korelaci).....	IX

## Úvod

Syndrom vyhoření je obtíž, která je zkoumána již řadu let, protože může jedince, u kterého se projeví, doslova ochromit a zabránit mu v dalším výkonu práce. Vyhoření se objevuje u vysoce motivovaných jedinců, kteří v počátcích práce vykazují velké nadšení a angažovanost, posléze se u nich však z různých důvodů začnou objevovat pocity, které původnímu nastavení neodpovídají nebo ho dokonce vylučují. Jedinec začíná stagnovat, je frustrovaný, počáteční zájem o práci se ztrácí, práce nepřináší pocity uspokojení a začíná být vnímána jen jako zdroj obživy. Následuje neochota dělat cokoli navíc pro zdokonalení se v profesi a snaha odbýt si nutnou práci a vyrazit co nejrychleji domů. Není divu, že syndrom vyhoření postihuje především tzv. pomáhající profese (záchranné složky, lékaře, zdravotní sestry, právníky a další), u kterých je kladen vysoký důraz na nekolísavý výkon, možnost úlevy je jen malá a při nezvládnutí povinností hrozí vysoké ztráty (Embriaco et al., 2007). Vzhledem k náročnosti kroků, které vedou ke kvalifikaci, která umožní výkon takového povolání, lze předpokládat i vysokou motivaci pro výkon takové profese. Jednou z nejohroženějších skupin syndromem vyhoření jsou zdravotničtí pracovníci (Kebza & Šolcová, 2003). Z důvodu chybějících výzkumů v některých zdravotnických oblastech jsem se ve své diplomové práci zaměřila na zaměstnance českých psychiatrických nemocnic, oddělení a ambulancí, kteří pracují v přímé práci s klienty, tedy především na psychiatry, psychology, zdravotní sestry, zdravotně-sociální pracovníky, adiktology a ergoterapeuty. Zájem o prevenci syndromu vyhoření u této cílové skupiny plyne i z mého plánovaného nástupu na pozici psychologa ve zdravotnictví. Ve své práci se soustředím pouze na syndrom vyhoření, s výkonem těchto povolání je však spjata i řada dalších obtíží, kterým v této práci nebude věnována pozornost (např. zvýšená míra stresu, únava, deprese a další).

Syndrom vyhoření může negativně ovlivnit jak samotného pracovníka pomáhající profese, tak ale i jeho klienty nebo pacienty. Především z těchto důvodů vznikají snahy o prevenci, zmírnění příznaků či léčbu syndromu vyhoření. Jednou ze zkoumaných možností je využití všímavosti a soucitu k sobě. Všímavost je schopností mysli, kterou může využít každý jedinec. Jedná se o pozorné sledování proudu vlastních prožitků, které jsou přijímány nehodnotícím způsobem (Kabat-Zinn, 2003). Rozvíjení všímavosti s sebou nese řadu pozitivních změn, jako je snížení stresu, zlepšení soustředění, zvýšení empatie a psychické pohody a mnoho dalších. Soucit k sobě zahrnuje pozitivní postoj k sobě samému, který prožíváme ve chvílích selhání, trápení nebo pocitu nedostatečnosti (Neff,



2011). Schopnost soucitu k sobě a jeho rozvíjení může pozitivně ovlivňovat duševní pohodu. Všímavost a soucit k sobě jsou koncepty, které vychází z buddhistické psychologie a jsou velmi úzce spjaty. Prozkoumání souvislosti těchto konceptů se syndromem vyhoření je hlavním cílem této diplomové práce.

Práce je rozdělena na literárně přehledovou a výzkumnou část. V první kapitole literárně přehledové části je vymezen pojem syndrom vyhoření. Dále jsou zde popsány příčiny a fáze rozvoje syndromu vyhoření, jeho příznaky a skupiny profesí, které jsou jím zvláště ohrožené. Také je zde věnována pozornost možnostem diagnostiky, prevence a léčby vyhoření. Druhá kapitola se věnuje vymezení pojmu všímavost, vlastnostem všímavosti a možnostem jejího rozvíjení. Jsou zde shrnuty možnosti využití všímavosti, ale i její rizika. Samostatná podkapitola je věnována nástrojům k měření míry všímavosti. Ve třetí kapitole je popsán soucit k sobě, jeho využití a jeho souvislost se všímavostí. Dále jsou zde představeny možnosti měření míry soucitu k sobě. Čtvrtá kapitola je věnována aktuálním výzkumům v oblasti souvislostí všímavosti a soucitu k sobě se syndromem vyhoření.

Výzkumná část popisuje studii na zaměstnancích českých psychiatrických nemocnic, oddělení a ambulancí, která cílí na zmapování možných souvislostí mezi všímavostí, soucitem k sobě a mírou vyhoření, a přispívá tak k otázce a možnostem prevence syndromu vyhoření. Jedná se o kvantitativní výzkum, který využívá elektronicky administrovaný soubor dotazníků.

Při psaní diplomové práce byly využity české i zahraniční zdroje, monografie i články z vědeckých časopisů. Důraz byl kladen na využití nejnovější poznatků, přesto jsou v práci využity i publikace staršího data vydání, a to především v kapitole věnující se syndromu vyhoření. Je to dáno tím, že oproti všímavosti a soucitu k sobě se jedná o fenomén, který je zkoumán po dlouhou dobu a zásadní poznatky ohledně vyhoření přinesl výzkum již mnohem dříve. V práci je citováno podle normy APA (2010). V přílohách neuvádím úplné znění dotazníků použitých v praktické části, protože jsou všechny veřejně dostupné. Při popisu profesí nebylo užito genderově neutrálních výrazů (např. lékař/ka), není tím však sledován jiný záměr, než zvýšení čtivosti textu.

# LITERÁRNĚ PŘEHLEDOVÁ ČÁST

## 1. Syndrom vyhoření

*„Pokud zapálíte oba konce svíčky, získáte tím více světla. Svíčka však zároveň rychleji dohoří.“*

Myron D. Rush (2003)

Ve výzkumu syndromu vyhoření se odráží dvě linie, které vycházejí z různých teoretických východisek. Jednou z těchto linií je filozoficko-psychologická linie, která čerpá především ze zdrojů z oblasti existenciální psychologie. Druhá linie je tvořena poznatky z výzkumu dlouhodobého stresu a jeho následků a nazývá se psychologicko-medicínská (Kebza & Šolcová, 2003).

V první linii je syndrom vyhoření spojen s existenciální frustrací, pochybováním o smyslu vlastní existence, která může ústít až k depresi, existenciální neuróze (Frankl, 2019) nebo k chronické neschopnosti uvěřit v přínos, význam anebo užitečnost prováděné činnosti a to jak v osobní, tak v pracovní rovině. Na tyto stavy nasedá vyčerpání, které je rovněž typické pro syndrom vyhoření. Toto vyčerpání pak vede ke snaze zbavit se všech spojení s bývalým, především profesionálním životem, který je spojen se svazující minulou zkušeností (Kebza & Šolcová, 2003).

Druhá linie se věnuje především dlouhodobému stresu v pracovní oblasti. Stres je výsledkem narušení rovnováhy organismu. K této nerovnováze dochází ve chvíli, kdy požadavky z okolí přesahují kapacitu dispozic člověka pro zvládnutí těchto požadavků (Křivohlavý, 2009; Kebza & Šolcová, 2003). Výsledkem stresu je trvalá stresová reakce, ze které nelze uniknout (Hartl & Hartlová, 2015). Pokud tato reakce přetrvává po delší dobu, dochází k vyčerpání rezerv a zdrojů ke zvládnutí stresu. Důsledkem chronického stresu pak může (ale nemusí) být syndrom vyhoření (Křivohlavý, 2012). Následující kapitoly vycházejí především z psychologicko-medicínské linie chápání syndromu vyhoření.

### 1.1. Vymezení pojmu syndrom vyhoření

Pojem syndrom vyhoření neboli burnout syndrom použil jako první zřejmě Freudenberg (1974), ačkoli tento jev byl znám již dříve. V české literatuře se pro

označení tohoto syndromu užívá zmíněných pojmů burnout a syndrom vyhoření, ale také pojmů syndrom vypálení či vyprahlosti. Stavy celkového vyčerpání, které bychom dnes označili za syndrom vyhoření, byly popisovány a zkoumány od 70. let 20. století (Pešek & Praško, 2016). Od této doby se objevila řada definic syndromu vyhoření, protože mezi autory nepanuje jasná shoda (Rotenstein et al., 2018).

Kebza a Šolcová (2003) chápou syndrom vyhoření jako stav emocionálního vyčerpání a depersonalizace. Může se při něm objevovat ztráta zájmu o profesi nebo ztráta osobního zaujetí, která následně vede k poklesu efektivity práce.

Maslachová (2003), autorka zřejmě nejpoužívanějšího dotazníku pro diagnostiku syndromu vyhoření (Maslach Burnout Inventory, MBI), definuje tento jev jako syndrom emočního vyčerpání a snížených osobnostních předpokladů, přičemž zdůrazňuje, že jsou tímto syndromem ohroženi především lidé, kteří jakkoli pracují s jinými lidmi.

Podle Janáčkové (2008) termín syndrom vyhoření popisuje selhávání v profesionální oblasti, které je způsobeno zvyšujícími se požadavky od okolí nebo od sebe samého. Tyto požadavky vedou k vyčerpání, ztrátě zájmu, energie i smyslu. U jedince postiženého tímto syndromem se dále objevuje negativní sebehodnocení a negativní postoj k povolání.

Hartl a Hartlová (2015) definují syndrom vyhoření jako ztrátu zájmu nebo osobního zaujetí pro profesi. Riziko vzniku tohoto syndromu vztahují k pomáhajícím profesím.

Další definice syndromu vyhoření se s těmi předchozími shodují v tom, že chápou tento syndrom jako psychický stav charakterizovaný vyčerpáním a snížením výkonu v pracovní oblasti v důsledku dlouhodobého a intenzivního stresu. (Pešek & Praško, 2016). Symptomy tohoto syndromu se projevují především v psychické, ale částečně také ve fyzické a sociální oblasti (Kebza & Šolcová, 2003). Fyzické příznaky burnout však nejsou v definicích zdůrazňovány, na rozdíl od psychických a behaviorálních příznaků. Dalším společným znakem definic je uvádění negativních emocionálních příznaků. Burnout je v definicích vždy spojen s výkonem povolání (většinou s prací s lidmi) a vyskytuje se u jinak psychicky zcela zdravých lidí. Snížená efektivita práce je spojena s vnímáním vlastního zaměstnání, nikoli s nižšími schopnostmi či dovednostmi zaměstnance (Křivohlavý, 2012).

## 1.2. Rizikové a protektivní faktory syndromu vyhoření

Zdrojem syndromu vyhoření jsou stresové situace, které produkuje práce a pracovní prostředí. Syndrom vyhoření se začíná rozvíjet ve chvíli, kdy už pracovník nemá dostatek schopností a dovedností tomuto stresu čelit. Mezi rizikové faktory pro vznik a rozvoj syndromu vyhoření patří práce zahrnující kontakt s lidmi, život v civilizované společnosti, který je spojený s rostoucím životním tempem a nároky na člověka, dále nutnost odolávat stresu, vysoké požadavky na výkon, nízká autonomie a monotónnost v pracovní činnosti. Dalším předpokladem je počáteční vysoká angažovanost, entuziasmus a zaujetí pro pracovní činnost (Kebza & Šolcová, 2003). Mezi osobnostní rizikové faktory, které vyčleňuje Stock (2010), patří osobnost typu A, nízká odolnost a některé osobní postoje či zásady, jako jsou např. tendence zvládat vše bez pomoci, sklony k perfekcionismu a další. Kebza a Šolcová (2003) dále mezi individuální rizikové faktory řadí externí locus of control, neschopnost relaxace, nízkou asertivitu, stabilně prožívaný hněv, hostilitu a agresi, permanentní prožívání časového tlaku, úzkostné, fobické a obsedantní rysy, vnímanou neadekvátnost společenského uznání a ekonomického ohodnocení vlastní práce, nízké sebepojetí a sebehodnocení a původně přítomnou vysokou empatii, obětavost, zájem o druhé a střední až vysokou senzitivitu. Rizikovým faktorem přicházejícím ze strany zaměstnavatele může být nedostatek vnitřní struktury organizace a nejasné vymezení kompetencí pracovníků (Lucká & Koblíček, 2007). Mezi stresory, které působí v pracovním prostředí a které zvyšují riziko vyhoření, patří fyzická zátěž pracovníků (např. stereotypnost pohybů, prostorová omezení, trvalé stání či trvalý sed), biologická zátěž (např. narušení spánkového rytmu, nepravidelná strava, nedostatek odpočinku), senzorická zátěž (např. trvalé sledování jednoho místa, snížená viditelnost, nedostatek zrakových či sluchových podnětů), mentální zátěž (např. vysoká náročnost přípravy, nutnost pružně reagovat), hluk a vibrace (např. nadměrná hlučnost, nadměrné hodnoty vibrací), osvětlení (např. nedostatečná intenzita nebo nevhodná barva světla), klimatické podmínky (např. nepřiměřené proudění vzduchu, relativní vlhkost vzduchu), chemické látky (např. přímý kontakt s chemickými látkami, dezinfekcí nebo léky, obtěžující zápach), rizika pracovního úrazu (např. kontakt s radiací, vysoké riziko infekce) a sociální faktory (např. uzavřený prostor, velký počet lidí, velké nároky na spolupráci a komunikaci) (Ptáček a Čeledová, 2011).

U zdravotnických profesí jsou příčiny rozvoje syndromu vyhoření uváděny více specificky. U této skupiny pracovníků může být příčinou nedostatek odpočinku a času na rodinu a na koníčky, omezené sociální kontakty a domnělá nebo skutečná profesionální selhání, která zdravotnický personál obvykle prožívá intenzivněji, než tomu je v jiných profesích. Příčinou může být psychické zatížení způsobené vysokým pracovním tempem, vysokou zodpovědností, kontakt s utrpením, bolestí a smrtí, nutnost neustále rychle a pružně reagovat, vysoké nároky na pracovní výkon, profesní nejistota, nízká podpora profesního růstu, nárůst neefektivní administrativní zátěže a další (Swider & Zimmerman, 2010; Brown & Ryan, 2009; Lepnurm, Lockhart & Keegan, 2009; Trufelli et al., 2008, Dollard, LaMontagne, Caulfield, Blewett & Shaw, 2007). U psychoterapeutů může být rizikovým faktorem práce s určitým typem klientů, např. s depresivními klienty (Figley, 2002), z osobnostních faktorů pak mladší věk, související s menším množstvím pracovních zkušeností a přílišná účast na problémech klientů (Simionato & Simpson, 2018).

Na rozvoj syndromu vyhoření mají neurální vliv charakteristiky, jako je inteligence, věk, rodinný stav, vzdělání a délka praxe v oboru. (Kebza & Šolcová, 2003). Někteří autoři však uvádějí věk jako faktor, který s vyhořením souvisí. Syndrom vyhoření se podle nich objevuje častěji u mladých pracovníků (Maroon, 2012; Prins et al., 2007). Vliv délky práce na jedné pozici je diskutován (Kebza & Šolcová, 2003).

Za protektivní faktory můžeme považovat v podstatě opaky k předchozím rizikovým faktorům, tedy osobnost typu B, schopnost či dovednost relaxovat, schopnost nedostávat se pod časový tlak (tedy vhodný time-management), pracovní autonomii, pestrost a proměnlivost práce, interní locus of control, pocit odpovídajícího společenského a finančního ohodnocení vlastní práce. Dále pak self-efficacy, víru ve vlastní schopnosti, sebeuplatnění, sociální oporu, pocit osobní pohody, pocit dostatku vlastních kompetencí ke zvládnutí obtížných situací a další (Kebza & Šolcová, 2003).

Schaufeli, Maslachová a Marek (2017) vyjadřují předpoklad o „infekčnosti“ syndromu vyhoření. Pokud se u některého pracovníka rozvine syndrom vyhoření, je pravděpodobné, že se objeví i u dalších pracovníků v týmu. Vyhoření je chápáno jako systémový problém (Maslach, 2003), je signálem špatného fungování organizace. Jedním z důvodů, který vedl k tomuto názoru, je, že ačkoli se mnohdy na jednom pracovišti objeví řada případů syndromu vyhoření, na sousedním pracovišti tímto syndromem nikdo netrpí.

Míra rizika rozvoje syndromu vyhoření v pomáhajících profesích tedy může záviset na individuálních charakteristikách jedince, na organizaci práce a na faktorech spojených s výkonem pomáhající profese.

### 1.3. Fáze vývoje syndromu vyhoření

Většina autorů se shoduje na chápání burnout jako procesu, který se může vyvíjet i po řadu měsíců či let, tedy ne jako stavu, který se z ničeho nic objeví a stejně rychle zmizí. Křivohlavý (2012) užívá pojmu vyhořívání (na místo vyhoření), který více ukazuje na burnout jako na proces. Selye (2016) rovněž chápe vyhoření jako konečnou fázi procesu, který označuje jako General Adaptation Syndrome (GAS). Z hlediska rozlišení fází vývoje tohoto syndromu již taková shoda mezi autory nepanuje (např. v důsledku používání odlišné definice vyhoření nebo vztahování svého výzkumu k odlišné populaci/profesi), a z toho důvodu existují různé způsoby rozdělení fází procesu vyhoření.

Podle Kraska-Lüdecke (2007) syndrom vyhoření začíná fází *nadšení*, která se projevuje vidinou cíle, ke kterému jedinec směřuje, srší nápady, vidí velkou smysluplnost své práce a přetěžuje se, aby dostal požadavkům, které na sebe klade. Následuje fáze *stagnace*, která je typická polevením nadšení, které v předchozí fázi převládalo, jedinec slevuje ze svých ideálů. Ve fázi *frustrace* se objevují negativní pocity ve vztahu k zaměstnání jako je zklamání, deziluze nebo pocit osamělosti. Jedinec se koncentruje pouze na svou práci, nic jiného ho nezajímá. V činnosti však již nepřevládá počáteční nadšení, ale objevují se pochyby o efektivitě a smyslu práce. Ve fázi *apatie* už je práce vnímána pouze jako zdroj obživy, jedinec nemá zájem se dále vzdělávat a věnuje se jen nejnutnější činnosti. Po této fázi již následuje fáze *vyhoření*, ve které se projevuje negativismus, vyčerpání, lhostejnost a další symptomy.

Maslach, Jackson, Leiter, Schaufeli a Schwab (1986) rozlišují podobně jako předchozí autorka první fázi idealistického nadšení a přetěžování se, dále již odlišují a definují fázi emocionálního a fyzického vyčerpání, fázi dehumanizace druhých, která je obranou před vyhořením a terminální stádium, ve kterém se jedinec staví do opozice vůči všemu a všem, a syndrom vyhoření se objevuje v celé jeho šíři.

Následující rozlišení fází syndromu vyhoření se od předchozích liší především poslední etapou, kterou autoři Miller a Smith (1997) nazývají *Fénixův fenomén* (The Phoenix Phenomenon) jako narážku na bájnýho ptáka Fénixe, který umírá spálením sebe

sama, ale znovu se zrodí ze svého popela. Bájná mytologie zde vytváří analogii k překonání syndromu vyhoření, k obnovení sil a schopnosti navrátit se zpět ke své práci jako „znovuzrozený“. Je však důležité poučit se z předchozích chyb, respektovat své schopnosti a mít realistické cíle a očekávání. Tomuto stádiu předchází fáze *lábánek* (Honeymoon), která je charakteristická obrovským nadšením, fáze *procitnutí* (Awakening) kdy si jedinec začíná uvědomovat nereálnost svých plánů a očekávání, nadšení se vytrácí, ale jedinec v práci neubírá, naopak se svých cílů snaží dosáhnout za každou cenu, to ale nevyhnutelně vede k fázi *zešednutí světa* (Brownout), která se projevuje chronickou únavou a podrážděností, snížením výkonnosti, depresí a fyzickými obtížemi. Tato fáze následně přechází až k syndromu vyhoření v plné síle.

Jones (1982) nabízí složitější členění fází syndromu vyhoření. Rozlišuje celkem dvanáct po sobě jdoucích stádií procesu vyhoření:

- snaha pozitivně se projevit v pracovním procesu
- snaha vykonat vše sám, bez cizí pomoci
- opomíjení svých vlastních potřeb
- pracovní činnost se stává tím jediným, o co jedinec projevuje zájem
- nerozlišování podstatného a nepodstatného (zmatení žebříčku hodnot)
- nutkavé popírání rostoucího vnitřního napětí (obrana jedince před nastalou situací)
- vymizení angažovanosti, cynismus, dezorientace a útěk (k alkoholu, lékům, přejídání se,...)
- radikální změny v chování, sociální izolace
- depersonalizace (ztráta kontaktu se sebou samým, vlastními cíli a hodnotami)
- pocit prázdnoty, zoufalství, frustrace
- deprese, ztráta sebedůvěry, nízké sebehodnocení, pocit marnosti
- naprosté vyčerpání ve všech oblastech (fyzické, emocionální, mentální), pocit zbytečnosti dalšího života

Längle (1997) rozlišil pouze tři fáze procesu vyhoření, ale poskytl jinou perspektivu pohledu na tento proces. Jeho teorie se zabývá syndromem vyhoření z existenciálního hlediska. V první fázi je práce chápána jako smysluplná činnost, jedinec je pro ni nadšený a má vytyčené cíle, kterých chce v daném oboru dosáhnout. Ve druhé fázi přestává být práce prostředkem k dosažení vytyčených cílů a místo toho se sama stává

cílem, protože jedinci něco přináší (např. peníze). Tím se však pracující vzdaluje od prvotního cíle a přestává být tím, kým chtěl. Dochází tak k odcizení, které je předstupněm existenciálního vakua (prázdnoty bytí). Objevuje se frustrace a smysluplné cíle ustupují do pozadí. Místo nich se objevují cíle zdánlivé (konformita, být součástí nějaké ideologie), které ale neutiší touhu po opravdovém životě. Nadšení pohasíná. Třetí fáze je nazývána *životem v popeli*. Dochází během ní ke ztrátě úcty k hodnotě druhých lidí, věcí a cílů, ale i ke ztrátě úcty k sobě samému, k vlastnímu životu.

Většina autorů se tedy shoduje, že v prvotních fázích syndromu vyhoření se objevuje nadšení a zapálení pro práci, které je střídáno ztrátou energie, která plyne z nedosažitelnosti cílů a přecenění vlastních sil a vede k celkovému vyčerpání a odporu k profesi a všemu, co je s ní spojené.

Uvažovat o fázích vývoje syndromu vyhoření je skutečně na místě, protože se nejedná o neměnný stav, ale o dynamický proces. Znalost fáze, ve které se daný jedinec trpící burnout právě nachází, může pomoci při prevenci a léčbě tohoto syndromu, protože je možné přesněji zacílit doporučení.

#### **1.4. Příznaky syndromu vyhoření**

Prvních příznaků syndromu vyhoření si je možné všimnout při běžné komunikaci mezi kolegy v práci. Vyhořelý jedinec působí nervózním dojmem, je nespokojený a podrážděný, má pocit, že svou práci nezvládá a zpochybňuje její význam a smysl. Prvními fyzickými příznaky jsou obvykle bolesti hlavy a břicha, časté infekce a potíže se spaním, ztuhlý krk, poruchy krevního oběhu a střídavě ubývání a přibývání na váze (Venglářová, 2011). Tyto příznaky můžeme označit jako subjektivní. Objektivním příznakem je pak podle Křivohlavého (2012) snížená pracovní výkonnost, která trvá řadu měsíců a je zjištělná z pozice kolegů, nadřízených, klientů a dalších osob.

Maslach (2003) udává tři příznaky, které chápe jako klíčové pro syndrom vyhoření. Jedná se o vyčerpání, které je individuální odpovědí na stres, cynismus a depersonalizaci a nevykonnost.

Příznaky můžeme také dělit podle úrovně, na které se projevují. Můžeme tak rozlišit příznaky na úrovni psychické, fyzické a sociální.



Na psychické úrovni se syndrom vyhoření projevuje negativními postoji k sobě i jiným, cynismem, negativismem a pesimismem vůči klientům, ztrátou sebedůvěry a projevy sebelítosti. Psychické vyčerpání se odráží v celkovém útlumu činnosti, v nezájmu o nové věci, dochází ke snížení kreativity a spontaneity. Objevují se představy o vlastní nedostatečnosti a zbytečnosti, které mohou vést až k sebevražedným myšlenkám. Dochází k oploštění emocionality. Jedinec velmi tíživě prožívá marnost svého úsilí, které podle něj trvá až příliš dlouho na to, že jeho efektivita je velmi nízká, je laděn převážně depresivně, cítí smutek, frustraci, bezvýchodnost a beznaděj. Objevuje se dramatický pokles zájmu o témata související s prací. Dochází k redukci vykonávaných pracovních činností na nezbytně nutné, instituce, ve které je práce vykonávána, je většinou zaměstnancem hodnocena negativně (Venglářová, 2011; Kebza & Šolcová, 2003).

Fyzické příznaky syndromu vyhoření jsou závažným medicínským problémem, protože negativně působí na celkový zdravotní stav jedince (Ptáček & Čeledová, 2011). V souvislosti s vyhořením se objevuje tělesné vyčerpání, které se projevuje fyzickou únavou a nedostatkem energie. Zvyšuje se náchylnost k různým onemocněním, spánek je nekvalitní, jedinec se ráno cítí neodpočatý a nevyspalý. Dalšími projevy jsou svalové bolesti, změny tělesné hmotnosti a stravovacích návyků, bolesti hlavy, krční páteře a zad či pocit nevolnosti (Venglářová, 2011; Ptáček & Čeledová, 2011). Objevuje se i zvýšené riziko abúzu návykových látek a riziko vzniku závislosti (Kebza & Šolcová, 2003).

Mezi příznaky na sociální úrovni patří úbytek angažovanosti a snahy pomáhat problémovým klientům. Objevuje se nedostatečná příprava před kontaktem s klientem, celkové omezení kontaktu s klienty a jejich příbuznými, ale i omezení kontaktu s kolegy (Tošner & Tošnerová, 2002). Dochází k celkovému útlumu sociability, ke snížení empatie a k postupnému narůstání konfliktů. Typická je nechuť k vykonávané práci a všemu, co s ní souvisí.

Výše zmíněné příznaky nesmí být způsobeny psychiatrickým onemocněním, nedostatečnou kvalifikací pro výkon povolání nebo aktuálními problémy v soukromé oblasti, které se do pracovního výkonu promítají. V těchto případech se nejedná o syndrom vyhoření (Křivohlavý, 2012).

## **1.5.Syndrom vyhoření a jiné psychické obtíže**

Při diferenciální diagnostice je třeba syndrom vyhoření odlišit od jiných psychických obtíží, které mají podobné symptomy. Důležitým kritériem při diagnostice je, že syndrom vyhoření má velmi specifický situační kontext, váže se k pracovnímu prostředí.

### **Syndrom vyhoření a stres**

Syndrom vyhoření může být zaměněn za chronický stres. Přestože spolu tyto psychické obtíže úzce souvisí, nejedná se o totéž. Syndrom vyhoření můžeme chápat jako důsledek působení dlouhodobého stresu. Dlouhodobý stres je tedy příčinou syndromu vyhoření (Stock, 2010). Stres je výsledkem disbalance mezi stresory, které jedince zatěžují a salutory, které napomáhají zvládnání zátěže. Stresem je ohrožen každý člověk, ale syndrom vyhoření se týká pouze osob s vysokým zaujetím pro svou profesi, vysokými očekáváními a cíli. Zároveň se syndrom vyhoření obvykle objevuje u pomáhajících profesí, tedy u osob, které se věnují práci s lidmi. Stres ne vždy vede až do fáze vyhoření (Křivohlavý, 2012).

### **Syndrom vyhoření a obtíže související s emocemi**

Příznaky syndromu vyhoření jsou typické i pro depresi, která je lépe diagnosticky propracovaným onemocněním. Na rozdíl od syndromu vyhoření není deprese tak úzce vázána na pracovní život jedince (Křivohlavý, 2012). Symptomy, jako ztráta motivace, pokles nálady, pocit bezcennosti a další, jsou rozšířeny i na další aspekty života jedince. Ve chvíli, kdy se jedinec odpoutá od práce (např. dovolená), symptomy odezní, pokud se jedná o syndrom vyhoření, ale přetrvávají, pokud se jedná o depresi. Doprovázejícím symptomem syndromu vyhoření může být depresivní ladění. Je tedy důležité odlišit v rámci diagnostiky toto depresivní ladění související s vyhořením od depresivní fáze, a to i kvůli předpokladu možnosti výskytu suicidálních tendencí. Pro depresi je na rozdíl od syndromu vyhoření typická sezónnost, rozdíl je také v poruchách spánku, kdy u syndromu vyhoření jsou typické problémy s usínáním, zatímco u deprese dochází spíše k probouzení během noci. Pro pacienty s depresí jsou typické autoakuzace, zatímco vyhoření je spojeno spíše s obviňováním okolí. Depresivní pacienti dobře reagují na medikaci, zatímco u syndromu vyhoření jsou účinnější metodou léčby psychoterapeutické prostředky (Kebza & Šolcová, 2003).

Podobná syndromu vyhoření může být také trvalá porucha nálady známá pod názvem dystymie, která je charakterizována vleklým depresivně laděným stavem. Typickými symptomy tohoto onemocnění jsou únava, pokles energie, snížená sebedůvěra a snížená výkonnost (Orel, 2012). Tyto příznaky se mohou objevovat i při vyhoření. U dystymie (podobně jako u deprese) se pokles nálady váže ke všem oblastem života. U syndromu vyhoření jsou příznaky vázané pouze k pracovnímu životu (Kebza, 2005).

Podobné symptomy jako vyhoření má také alexithymie. Společnými příznaky jsou oploštění emocí, celková netečnost, otupělost v sociálních vztazích a další. Hlavním symptomem alexithymie jsou obtíže s hledáním slov pro vyjádření emocí. U syndromu vyhoření je emocionalita deformovaná, ale slova pro vyjádření emocí nechybí (Kebza & Šolcová, 2003).

Křivohlavý (2012) se pokusil o odlišení syndromu vyhoření od pesimismu. Pesimisté rovněž předpokládají, že potíže, do kterých zabředli, nemají řešení a budou trvat nekonečně dlouho. Objevuje se u nich však silná představa, že si své potíže způsobili sami. Pesimismus si jedinec nezpůsobuje sám, ale je navozen podmínkami prostředí, které neumožňuje vyřešení problému. U vyhoření je přítomná pasivita jedince a neochota hledat řešení.

### **Syndrom vyhoření a únava**

Syndrom vyhoření může být podobný únavě. Únava má však obecně bližší souvislost s fyzickým vyčerpáním a je možné ji odstranit krátkodobou relaxací. Únava může být spojována s příjemnými pocity (např. u sportovců po fyzickém vypětí). Únava jako projev syndromu vyhoření je většinou chápána jako negativní prožitek spojený s pocitem selhání a marnosti (Křivohlavý, 2012).

Některé shodné symptomy se syndromem vyhoření má syndrom chronické únavy. Společnými příznaky jsou únava, snížená schopnost soustředění, poruchy kognitivních funkcí a depresivní ladění. Syndrom chronické únavy se však od syndromu vyhoření v řadě dalších příznaků liší (např. zvýšená teplota, bolestivost krku, lymfatických uzlin, kosterního svalstva, kloubů, migrující otoky, světloplachost) (Kebza & Šolcová, 2003).

### **Syndrom vyhoření a existenciální neuróza**

Křivohlavý (2012) odlišuje vyhoření od existenciální neurózy. Existenciální neuróza je spojena s prožitkem nesmyslnosti života a beznaděje. V případě syndromu vyhoření se tyto pocity objevují také, ale až ve vrcholných fázích. V počátcích jedinec naopak prožívá intenzivní pocit smysluplnosti života, tedy pocit naprosto opačný.

### **Syndrom vyhoření a jiné obtíže související s pracovním životem**

Syndrom vyhoření je jednou z obtíží, která je výrazně provázaná s pracovním životem. Podobnou obtíží je také *copout*, který je typickým útekem od odpovědnosti a zjevným selháním. Syndrom vyhoření může mít podobné příznaky, ale až v pozdějších fázích, na počátku je výkon jedince naopak vysoký (Kebza, 2005).

S prací je úzce spojen také *syndrom job withdrawal*, který je výsledkem chronické pracovní nespokojenosti, která je zapříčiněna nepříznivým pracovním prostředím, špatnými sociálními vztahy na pracovišti, nevhodným systémem odměňování a dalšími faktory. Důsledkem je pak ztráta pracovní motivace a pokles pracovního výkonu. Tyto symptomy odpovídají také syndromu vyhoření, ale *job withdrawal* nezahrnuje hluboké emocionální vyčerpání, které je pro syndrom vyhoření typické. Syndrom vyhoření pramení z potíží ve vztahu pracovník – klient, *job withdrawal* naopak ze vztahu pracovník – zaměstnavatel (Pilařová, 2004).

## **1.6.Diagnostika míry vyhoření**

Burnout je v ICD-10 (International Classification of Diseases, 10. revize; World Health Organization, 1992) uveden jako vyhasnutí (vyhoření) v kapitole Faktory ovlivňující zdravotní stav a kontakt se zdravotnickými službami, kategorie Z73.0 společně s dalšími problémy spojenými s obtížemi při vedení života. Syndrom vyhoření je zde popisován jako stav životního vyčerpání.

ICD-11 (International Classification of Diseases, 11. revize; World Health Organization, 2018) ponechává tento syndrom v kapitole Faktory ovlivňující zdravotní stav, kde ale zavádí novou kategorii, která zahrnuje kromě vyhoření i další problémy spojené se zaměstnáním nebo nezaměstnaností. Oproti předchozí revizi popisuje ICD-11 detailněji diagnostická kritéria tohoto syndromu. Syndrom vyhoření je chápán jako důsledek chronického stresu v pracovním prostředí, který nebyl úspěšně zvládnut. Je charakterizován třemi dimenzemi – pocity úbytku energie či vyčerpání; zvýšením mentálního odstupu od práce nebo negativismu a cynismem souvisejícím s prací a

sníženou pracovní výkonností. Podle této klasifikace by se tato diagnóza měla používat pouze pro jevy v pracovním kontextu, tedy nikoliv k popisu zkušeností v jiných oblastech života. Tuto diagnózu tedy nelze použít pro vyhoření související např. s péčí o dlouhodobě nemocného člena rodiny.

DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5. edice; American Psychiatric Association, 2013) v současné podobě neobsahuje diagnózu syndrom vyhoření.

### **1.6.1. Diagnostické nástroje**

Diagnostika syndromu vyhoření vychází z pozorování symptomů v chování diagnostikované osoby, dále z popisu vlastních prožitků dané osoby a z výsledků speciálních psychodiagnostických metod, které byly k tomuto účelu vytvořeny. Srovnáním diagnostických metod se ve své diplomové práci zabývala Vlachovská (2011). Pro účely této práce bude uvedeno pouze několik příkladů využívaných diagnostických nástrojů. Metody byly vybrány na základě jejich potenciálu pro využití ve výzkumu v empirické části.

Zřejmě nejznámější diagnostickou metodou používanou v této oblasti je dotazník *Maslach Burnout Inventory* (MBI). Tento dotazník definuje vyhoření třemi faktory (zjištěnými faktorovou analýzou položek dotazníku), které se vynořují postupně. Jedná se o emocionální vyčerpání, depersonalizaci a míru pracovního uspokojení. Faktory lze zkoumat odděleně. Dotazník obsahuje celkem 22 položek. Respondenti každé položce přiřazují míru výskytu obsahu tvrzení, které je v ní popsáno na sedmistupňové škále (Maslach, Jackson & Leiter, 1997). V návaznosti na tento dotazník byly vytvořeny i další, např. *Maslach Burnout Inventory – General Survey* (MBI-GS), který je obecnější a lze ho tedy použít ve více případech, než úzce zaměřený MBI nebo *Maslach Burnout Inventory – Educators Survey* (MBI-ES) zaměřený naopak velmi úzce, pouze na vyučující (Vlachovská, 2011).

Další dotazník k diagnostice syndromu vyhoření *Burnout Measure* (BM) byl přeložen do češtiny Křivohlavým (2012) pod názvem Dotazník psychického vyhoření. Syndrom vyhoření je v tomto dotazníku chápán jako konečný výsledek procesu, během kterého ztrácí vysoce motivovaní jedinci nadšení (Pines & Aronson, 1988). Dotazník obsahuje 21 položek, které jsou hodnoceny na sedmistupňové škále. V návaznosti na tento

dotazník byla vytvořena kratší verze Burnout Measure Short (BMS), která obsahuje pouze 10 položek a má tak snazší a rychlejší administraci a vyhodnocení. Může být využita také jako screeningový nástroj (Malach-Pines, 2005).

V reakci na MBI vznikl dotazník *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI). Tento dotazník oproti MBI definuje vyhoření pouze faktorem vyčerpání. Od dalších faktorů (depersonalizace a snížení pracovní výkonnosti) upouští. Autory této metody jsou Kristensen, Borritz, Villadsen a Christensen (2005), kteří v dotazníku rozlišují pracovní vyhoření, osobní vyhoření a vyhoření směrem ke klientovi. Tento dotazník má 19 položek. V rámci dlouhodobé studie PUMA (Project on Burnout, Motivation and Job Satisfaction), která se věnovala syndromu vyhoření v populaci pomáhajících pracovníků v Dánsku, byly původně probandům předloženy známé a hojně používané dotazníky MBI a BM. Výsledky z této fáze studie vedly k uvědomění si nutnosti vytvoření nového diagnostického nástroje pro zjišťování míry vyhoření, které vycházejí především z nedostatků MBI (Vlachovská, 2011). Jedním z nedostatků je zastaralost tohoto dotazníku. Ačkoli je chráněn licencí, položky dotazníku jsou známé kvůli jeho užívání ve výzkumech a zveřejňování. Zároveň je dostupný překlad dotazníku v řadě jazyků. Lze tedy předpokládat, že výsledky testování budou ovlivněny těmito vnějšími faktory. Některá tvrzení v MBI jsou nevhodně formulována a mohou vyvolávat nepřátelské reakce. Mezi konceptem vyhoření a dotazníkem MBI je nejasný vztah. To, co zjišťuje tento dotazník, se ne zcela ztotožňuje s teoretickým konceptem vyhoření. Podle MBI se koncept vyhoření skládá ze tří odlišných teoretických aspektů, které se snaží kombinovat individuální stav (emocionální vyčerpání), strategii zvládání stresu (depersonalizaci) a důsledek (míra pracovního uspokojení). Tyto komponenty by měly být studovány samostatně, nikoli být rámcově propojovány v konceptu vyhoření. Dotazník MBI je vhodný pouze pro použití u pomáhajících profesí, i z tohoto důvodu vznikla obecněji použitelnější verze dotazníku MBI-GS. U dotazníku MBI-GS však není zcela zřejmé, co měří, právě kvůli zobecnění prostřednictvím změny škály depersonalizace na obecnější cynismus (Kristensen a kol., 2005).

Nástrojem ke stanovení míry syndromu vyhoření často používaným ve výzkumech je *Oldenburg Burnout Inventory* (OLBI). Jedná se o dotazník sestávající ze dvou škál, který se využívá k měření pracovní angažovanosti a vyčerpání. Využívá čtyřstupňovou škálu, na které respondenti hodnotí míru souhlasu se 16 tvrzeními (Demerouti & Bakker, 2008).

Další z dotazníků *The Staff Burnout Scale for Health Professional* (SBS-HP) byl validizován na zdravotnickém personálu. Dotazník obsahuje celkem 30 položek, ale pouze 20 zjišťuje míru vyhoření, zbytek zjišťuje míru lži skóre. Dotazník zjišťuje nepříznivé kognitivní, emocionální, psychofyziologické reakce a chování (Schaufeli et al., 2017).

Další metoda, která reflektuje obecná rizika vzniku syndromu vyhoření u pracovníků ve zdravotnictví, je *Dotazník burnout syndromu* (DBS), který přeložila Libigerová (1999). Jedná se o screeningový nástroj, který obsahuje 10 položek. Dotazník není zatížen licenčními podmínkami, není standardizovaný. Jedná se o metodu, jejíž položky jsou dostupné veřejnosti.

Vlastní nástroj k diagnostice syndromu vyhoření vytvořili také Tošner a Tošnerová (2002). Jejich *Inventář projevů syndromu vyhoření* má 24 položek. Míra souhlasu s tvrzeními se hodnotí na pětistupňové škále. Dotazník rozlišuje rozumovou, emocionální, tělesnou a sociální rovinu. Rozumová rovina je charakterizovaná ztrátou nadšení a zodpovědnosti, nechutí a lhostejností k práci, únikem do fantazie, potížemi se soustředěním a zapomínáním, negativním postojem k sobě, práci, společnosti a životu. Do emocionální roviny je zahrnuta sklíčenost, pocity bezmoci, popudlivost, agresivita a pocit nedostatku uznání. Tělesná rovina je definována poruchami spánku a chuti k jídlu, náchylností k nemocím, vegetativními obtížemi, zvýšenou unavitelností, vyčerpaností a svalovým napětím. Sociální rovina v tomto dotazníku zahrnuje ubývání angažovanosti a snahy pomáhat problémovým klientům, omezení kontaktu s klienty, jejich příbuznými a kolegy, přibývání konfliktů v soukromém životě a nedostatečná příprava na pracovní výkon. Celkové skóre vzniká součtem bodů z jednotlivých rovin. Dotazník je pouze orientační (Tošner & Tošnerová, 2002).

## **1.7.Prevence a léčba syndromu vyhoření**

Cílem prevence syndromu vyhoření je zamezit jeho vzniku a rozvoji. Pozitivní psychologie se snaží o nalezení žádoucího stavu, který je opakem vyhoření. Usilování o tento stav je vyšším cílem než samotná prevence syndromu vyhoření. Jako protipól vyhoření můžeme chápat konstrukt *vigor* (vitalita a energie) nebo konstrukt *engagement*, který zahrnuje zaujetí, angažovanost a zapálení charakteristické energií, nasazením a chutí do práce (Kebza, 2005). Křivohlavý (2012) chápe jako opak vyhoření životní spokojenost (well-being), pracovní spokojenost nebo vrcholný zážitek *flow*.

Vzhledem k tomu, že je syndrom vyhoření obvykle způsoben dlouhodobým stresem, většina preventivních opatření vychází právě z metod vyrovnávání se se stresem. Je nutné dlouhodobě udržovat životní styl, který zahrnuje rovnováhu mezi prací a odpočinkem a pravidelný režim (Ptáček & Čeledová, 2011). Krátkodobá řešení nejsou účinná. Dovolená přinese krátké uvolnění od symptomů, ale pokud nedojde ke změně podmínek, dostávají se ukazatelé vyhoření po několika týdnech na stejnou úroveň jako před volnem (Ashakar, Romani, Musharrafieh & Chaaya, 2010). Pozitivní vliv v prevenci syndromu vyhoření má také dobrá fyzická kondice, pěstování koníčků a udržování kontaktu s přáteli, osobnostní rozvoj a péče o sebe (Venglářová, 2011).

Preventivní opatření by měla přicházet i ze strany zaměstnavatele. Chránit své zaměstnance před syndromem vyhoření je i v zájmu samotných pracovišť, protože výkon zaměstnanců trpících tímto syndromem klesá. Jedním z takovýchto preventivních opatření je supervize. Cílem supervize je podpora růstu kompetencí pracovníka, zlepšení pracovní atmosféry a organizace práce. Ze strany zaměstnavatele pomáhají ocenění, podpora účasti na vzdělávacích a společenských akcích a adekvátní ohodnocení. (Venglářová, 2011).

Pokud se u pracovníka rozvine syndrom vyhoření, je důležité především to, aby si uvědomil, že něco není v pořádku. Dalším krokem je vyhledání pomoci a správná diagnostika syndromu vyhoření. Důležitou podmínkou úspěšné léčby je uvědomění pracovníka, že se jedná o závažný stav a jeho ochota se léčit (Jeklová & Reitmayerová, 2006).

Jak již bylo zmíněno výše, syndrom vyhoření nelze léčit za pomoci medikace, většina opatření je tedy v poradenském a terapeutickém režimu. Při zvládání syndromu vyhoření je důležité vytvořit si odstup od klientů a jasně rozlišovat profesionální přístup ke klientovi a osobní vztah k jiným lidem. Dále je nutné důsledně rozlišovat pracovní a osobní život, nepotlačovat své pocity a otevřeně o nich mluvit a do práce zařadit pravidelný čas na odpočinek. Pracovník by se měl snažit vyhnout se osobnímu prožívání pracovních problémů a nebát se změn, které jsou většinou nutné v procesu řešení tak komplexní obtíže jako je syndrom vyhoření. Klient se během léčby učí počítat se stresovými situacemi a aktivně je přijímat, být otevřený k tomu, co se kolem něj děje a vytvářet si kolem sebe příznivé prostředí. V zájmu klienta je hledat si smysluplné pracovní činnosti, udržovat dobré sociální zázemí a vztahy s druhými lidmi, vytvářet si přirozený vztah k práci, ale i mimopracovním aktivitám. Pro léčbu syndromu vyhoření je významné



získání profesionální autonomie (Ptáček & Čeledová, 2011). Odchod ze zaměstnání není vždy nejlepším řešením, protože si pracovník může odvést své návyky, které vedly k syndromu vyhoření i na nové pracoviště a problém se tak nevyřeší (Jeklová & Reitmayerová, 2006). Zaměstnavatel může napomoci léčbě syndromu vyhoření řadou opatření, např. snížením administrativní zátěže, zjednodušením postupům, změnou pracovní náplně či změnou pracovního kolektivu (Rush, 2003).

### **1.8.Profese ohrožené syndromem vyhoření**

Syndromem vyhoření jsou nejvíce ohroženy tzv. pomáhající profese, tedy lidé, kteří pracují s lidmi. Zároveň jsou to profese, kde je kladen vysoký důraz na nekolísající výkon, kde neexistuje nebo je velmi malá možnost úlevy, která by byla přijatelná. V případě chyby nebo omylu vznikají závažné důsledky a vysoké postihy (Embriaco et al., 2007).

Ohrožení syndromem vyhoření jsou především lékaři (především oddělení onkologie, chirurgie, psychiatrie, gynekologie,...), zdravotní sestry a další zdravotničtí pracovníci, dále pak psychologové a psychoterapeuti. Dalšími ohroženými skupinami jsou sociální pracovníci, učitelé, zaměstnanci pošty (především u přepážek), policisté v přímém výkonu služby, právníci a pracovníci věznic, politici, manažeři, poradci a informátoři, úředníci v bankách a na úradech, příslušníci ozbrojených sil, duchovní a řádové sestry (Kebza & Šolcová, 2003).

Kontakt s lidmi, který je jedním z rizikových faktorů, však nemusí mít vždy profesionální charakter. Ohrožení jsou i tzv. neformální pečovatelé, tedy osoby, které se starají v domácím prostředí o dlouhodobě nemocného, nemohoucího nebo starého člena rodiny. Stejně tak mohou vyhořet i rodiče, kteří pečují o problémové dítě nebo rodiče, kteří se snaží perfektně zastávat vícero rolí (např. roli matky, manželky, tchýně i zaměstnankyně a ekvivalentně u muže) a zapomínají se starat také sami o sebe (Pešek & Praško, 2016).

Prevalence výskytu se liší v závislosti na profesi, oblasti výkonu profese, ale i v závislosti na konkrétním pracovišti. U zdravotnických pracovníků lze obecně říci, že prevalence syndromu vyhoření je ve srovnání s jinými profesemi vysoká. U lékařů tento předpoklad potvrzují české i zahraniční výzkumy (Ptáček, Raboch & Kebza, 2013; Rotenstein et al., 2018). Vysokou prevalenci syndromu vyhoření u psychiatrů potvrzují další studie (Kumar, Fischer, Robinson, Hatcher, & Bhagat, 2007; Hardy et al., 2020).

Rovněž u zdravotních sester je prevalence syndromu vyhoření vysoká (Woo, Ho, Tang & Tam, 2020; Adriaenssens, De Gucht & Maes, 2015; Cañadas-De la Fuente et al., 2015; Zeng et al., 2020). Další studie poukazují na vysokou prevalenci syndromu vyhoření u fyzioterapeutů a ergoterapeutů (Balogun, Titiloye, Balogun, Oyeyemi & Katz, 2002; Reis, Vale, Camacho, Estrela & dos Anjos Dixe, 2018). Výzkum prevalence syndromu vyhoření u klinických psychologů a adiktologů je nedostatečný.

## 2. Všímavost (mindfulness)

*„Kamkoli jdete, tam jste.“*

John Kabat-Zinn (2009)

Ačkoli se koncepty podobné všímavosti (mindfulness) objevují již v pracích Freuda a dalších myslitelů věnujících se introspekci, pojem všímavost zaznamenal významný nárůst zájmu až v posledních desetiletích (Benda, 2007). Databáze PsycINFO obsahuje více než 12 000 záznamů, které obsahují slovo „mindfulness“, zveřejněných v letech 2010 – 2019. Tento údaj je přibližně 7x vyšší než počet záznamů z předchozí dekády (získáno dne 18. 2. 2020). Z těchto údajů vyplývá, že všímavost je tématem, které je předmětem neustále stoupajícího zájmu výzkumníků.

Všímavost je pojmem úzce spojeným s tradiční budhistickou psychologií. Jedná se o klíčový pojem eticko-psychologického systému abhidhamma (Benda, 2007). Všímavost je v tomto systému chápána jako jedna ze schopností regulace prožívání. Je nesena neselektivní pozorností, která bez jakéhokoli hodnocení plynule doprovází prožívání (Frýba, 2008). Současní autoři většinou pojímají všímavost do určité míry ve shodě s psychologií abhidhammy (Benda, 2007).

### 2.1. Vymezení pojmu všímavost

Všímavost je schopností mysli, kterou běžně disponuje každý jedinec. V definování tohoto pojmu však nepanuje mezi autory jasná shoda. Germer (2005) tvrdí, že ke skutečnému pochopení všímavosti je nutná přímá zkušenost. Všímavost může být chápána jako stav vědomí nebo psychický proces, jako psychická dispozice, schopnost či kognitivní styl, ale také jako metoda či technika (Porkertová, 2012).

Frýba (1993) všímavost chápe jako schopnost nezaujatého pozorování, zaznamenávání, znovupoznávání a pamatování si prožívaných psychických jevů. Tím se všímavost odlišuje od pouhé pozornosti či vnímání (Frýba, 2003). Tyto jevy v prožívání reálně vznikají, trvají, mění se a nakonec zanikají. Mohou se týkat tělesných procesů, citění, stavů nebo předmětů mysli (Frýba, 2008). Všímavost se přitom nevěnuje konkrétním obsahům těchto jevů. Tento rozdíl ilustruje příklad vzpomínání na

středoškolského učitele. Pokud na něj jedinec vzpomíná, jde o vzpomínání, pokud si uvědomí, že vzpomíná, jde o všímavost (Cardaciotto, 2005).

Brown a Ryan (2003) definují všímavost jako stav zvýšené pozornosti a uvědomování si současných prožitků nebo přítomné skutečnosti.

Kabat-Zinn (2003) všímavost pojímá jako uvědomování si, které je výsledkem úmyslného soustředění pozornosti v aktuálně přítomném okamžiku. Během tohoto uvědomování se odhaluje okamžik za okamžikem.

Neff (2004) definuje všímavost jako stav vyváženosti, ve kterém se jedinec nevyhýbá svým prožitkům, ale ani se jimi nenechá unášet či strhnout. Během tohoto stavu tedy není svým prožitkům příliš daleko, ale ani příliš blízko.

Bishop a kolektiv (2004) pracují s dvousložkovým modelem všímavosti. První složku tvoří (samo)regulace pozornosti, která se udržuje na bezprostřední zkušenosti a tím umožňuje zvýšené rozpoznávání mentálních jevů v přítomném okamžiku. Druhou složkou je přijetí takového nastavení vůči vlastnímu zážitku v přítomném okamžiku, které je charakterizováno zvědavostí, otevřeností a přijetím.

Germer (2005) stručně popisuje všímavost jako uvědomování si přítomné zkušenosti a její přijetí.

Od předchozích definic se výrazně odlišuje pojetí všímavosti od sociální psycholožky Langerové (1989), která se na všímavost dívá jako na kognitivní proces.

Pokud je pojem všímavost používán pro označení metody či techniky, která tento stav rozvíjí, bývá ztotožňován s meditací všímavosti a vzhledu. Tato meditace je tvořena souborem technik založených na záměrném pozorování různých aspektů zvoleného objektu pozorování (např. senzorických vjemů či intrapsychických procesů). Záměrně je však omezeno jejich další kognitivní zpracování a behaviorální reakce na tyto podněty. Pokud jsou zaregistrovány nevyhnutelné oscilace pozornosti, jsou nezaujatě zaregistrovány a následně je pozornost vrácena zpět k původnímu objektu pozornosti (Žitník, 2011). Benda (2007) však zdůrazňuje, že všímavost samu o sobě nelze pojímat jako metodu či techniku.

O integraci různých definic se ve své práci pokusil Žitník (2011), který navrhuje všímavost pojímat jako nekonceptuální a jasné uvědomování si a pozorování proudu intrapsychických a senzorických podnětů, které se odehrává v přítomném okamžiku. Postoj k tomuto procesu by měl být přijímající, nehodnotící a otevřený. Tato jeho definice zároveň vytváří osnovu základních vlastností všímavosti.

Někteří autoři definují také fenomén, který je opakem všímavosti. Nevšímavost (mindlessness) označuje omezení schopnosti zaměřit vědomí a pozornost k prožitkům v aktuálním okamžiku. Nevšímavost se objevuje ve chvílích denního snění, během zaobírání se vzpomínkami na minulé zážitky nebo naopak při plánování a fantaziích o budoucnosti (Black, 2011). Tento stav může být popisován jako „autopilot“ (Segal, Williams & Teasdale, 2001).

## **2.2.Vlastnosti všímavosti**

Všímavost je celostní psychický stav (Brown & Ryan, 2003), tedy relativně stále nastavení lidské psychiky, které se vyznačuje určitými vlastnostmi. Všechny tyto vlastnosti jsou vzájemně propojené, vzájemně se ovlivňují a jejich popisy se překrývají. Rozdělení všímavosti na jednotlivé vlastnosti je tak pouze konvenční a má spíše didaktický význam. Zároveň je nutné podotknout, že ačkoli spolu jednotlivé vlastnosti souvisí, jedna neimplikuje druhou (Germer, 2005).

Vlastnosti všímavosti detailně popisuje ve stavu jejich plného rozvinutí Žitník (2011). Jako strukturu pro popis vlastností použil definici všímavosti vytvořenou pro účely jeho diplomové práce. Všímavost je „*nekonceptuální a jasné uvědomování si a pozorování proudu intrapsychických a senzorických podnětů, odehrávajícího se v přítomném okamžiku, s postojem přijetí, nehodnocení a otevřenosti*“ (Žitník, 2011, s. 33). Tato definice zahrnuje dvě hlavní komponenty, které se shodují s pojetím všímavosti jiných autorů (Bishop et al., 2004; Cardaciotto, Herbert, Forman, Moitra & Farrow, 2008), a to vlastnosti vědomí/pozornosti a postojové charakteristiky. Základní vlastnosti všímavosti, ale i charakteristiky, které mohou být považovány za okrajové, jsou společně s definicemi k dohledání ve zmíněné diplomové práci.

## 2.3. Rozvíjení všímavosti

Všímavost je schopnost, kterou lze trénovat a rozvíjet podobně jako jiné schopnosti, jako např. paměť a soustředění. Rozvíjení všímavosti je spjato především s formálním praktikováním meditace všímavosti a vzhledu (Benda, 2007).

Kabat-Zinn (2016) popisuje základní pilíře pro rozvíjení všímavosti. Mezi tyto principy patří neposuzování, trpělivost, mysl začátečníka, důvěra, neusilování, přijetí a nechávání být neboli pouštění. Tyto postojové faktory jsou na sobě závislé a jsou postupně rozvíjeny při cvičení všímavosti. Prvním faktorem pro rozvíjení všímavosti je *neposuzování*. Tento faktor zahrnuje schopnost sledovat své prožitky, aniž by byly zatěžovány jejich hodnocením, reakcemi na ně, zkresleními či osobními preferencemi. Takovéto sledování vnitřních i vnějších prožitků pak může vést k vidění věcí takových, jaké ve skutečnosti jsou. Kategorizace a hodnocení vlastních prožitků vede k automatickým reakcím, které jsou většinou nevědomé a neobjektivní. K rozklíčování těchto automatismů je třeba si je uvědomit. Dalším z principů je *trpělivost*. Tento pojem označuje přijetí skutečnosti, že vše má svůj čas, zahrnuje schopnost otevřít se každému okamžiku a přijímat ho v jeho plnosti. *Mysl začátečníka* je principem, který rozvíjí schopnost jedince oprostit se od zkušeností, zbavit se očekávání a umožnit si tak přístup k novým možnostem. Neexistují totiž dva totožné okamžiky, každý s sebou nese nové možnosti. *Důvěra* v sebe sama, ve vlastní moudrost a kvalitu je dalším faktorem, který je rozvíjen během cvičení všímavosti. Tato schopnost zahrnuje naslouchání a důvěřování svému bytí a oproštění se od vůle jiných osob. Princip *neusilování* popisuje schopnost unikat z účelového chování. Cílem meditačních cvičení není nic jiného než být sám sebou, usilování o něco jiného rozvoji všímavosti brání. Princip *přijetí* zahrnuje schopnost vidět věci takové, jaké skutečně aktuálně jsou a nesnažit se je ihned změnit. Toto přijetí aktuální situace by mělo předcházet každé změně a je důkazem soucitu k sobě a inteligence. Princip „*nechat být*“ kultivuje schopnost nepřipoutávat, nechávat být a pouštět prožitky, které má naše mysl tendenci pevně zachytávat. Namísto toho se prožitky nechávají plynout a tendence je zachytit se po jejím uvědomění nechává být a opouští se. Schopnost nechat být se využívá při usínání, kdy se opouští tělo i mysl, pokud se toto opuštění nedaří, nedaří se ani usínání. Rozšiřování a prohlubování všímavosti mohou napomáhat také postoje jako neubližování, štědrost, vděčnost, trpělivost, odpuštění, laskavost, soucítění, vyrovnanost a empatická radost.

Všímavost může být rozvíjena také skrze neformální praxi, kdy je aplikována v každodenních situacích. Cvičení tak mohou zahrnovat pomalé vychutnávání si jídla (eating meditation), pomalou chůzi (walking meditation), poslouchání zvuků v okolí a další aktivity (Germer, 2005).

Tréninkem lze dosáhnout různých úrovní všímavosti (Siegel, Germer & Olendzki, 2009). Můžeme rozlišit např. elementární úroveň všímavosti a plně rozvinutou všímavost (Benda, 2013).

## **2.4. Využití všímavosti**

Všímavost a techniky založené na jejím principu mají širokou oblast využití. Uplatňují se v psychologii práce, v klinické psychologii, v partnerském a rodinném poradenství, v různých terapeutických přístupech a v dalších oblastech. Využití terapie založené na všímavosti je možné u dospělé populace, ale i u specifických skupin jako jsou děti a dospívající (Goodman & Greenland, 2009; Semple, Reid & Miller, 2005), seniorská populace (McBee, 2009; Lynch & Bronner, 2006) a lehce mentálně retardovaní jedinci (Singh, Lancioni, Winton, Singh, Adkins & Singh, 2008). Pro účely této práce bude blíže popsáno využití všímavosti v psychoterapii, klinické psychologii a psychologii práce.

### **2.4.1. Terapie založené na všímavosti**

Všímavost je klíčovým prvkem několika terapeutických přístupů. Cílem těchto směrů je rozvíjení všímavého přístupu k událostem každodenního života. Jednotlivé přístupy se od sebe odlišují řadou detailů. Některé jsou založené na rozvíjení všímavosti prostřednictvím dlouhodobé formální meditace, jiné pracují s kratšími méně formálními technikami. Délka terapie se pohybuje v rozmezí od několika týdnů až po rok i delší časové období. Liší se i šíře možnosti využití jednotlivých terapií. Některé vznikly cíleně pro léčbu konkrétního onemocnění, jiné mají rozsáhlejší indikaci.

*Program snižování stresu pomocí nácviku všímavosti* (MBSR, Mindfulness-based stress reduction) je jedním z nejvíce známých přístupů k rozvíjení všímavosti. Tento program vznikl jako nástroj pro léčbu chronické bolesti a stresu, který se pojí s chronickými somatickými onemocněními. Jeho uplatnění se však postupně rozšířilo i na další oblasti, jako je např. psychoterapie pacientů s onkologickým onemocněním (Carlson,

Specia, Patel & Goodey, 2003) nebo poruchami příjmu potravy (Kristeller, Baer & Quillian-Wolever, 2006). Jednou týdně se účastníci MBSR účastní skupinového setkání, které trvá 2 – 3 hodiny. Program trvá 8 týdnů a zahrnuje jedno celodenní setkání. Skupina je rozmanitá z hlediska povahy problémů, se kterou účastníci přicházejí. Velikost skupiny by neměla přesáhnout 30 účastníků. Během setkání účastníci rozvíjejí svou všímavost prostřednictvím technik, jako jsou uvědomování si těla (bodyscan), meditace v pohybu, meditace vsedě (sitting meditation), meditace v chůzi nebo jóga. Tyto techniky účastníci nacvičují i v čase během jednotlivých setkání, jsou vedeni k aplikování všímavosti i během běžných denních aktivit, jako je jezení, mytí nádobí a další. Kvalifikace terapeuta je významným aspektem kvality programu. Terapeut by měl mít vlastní dlouhodobou zkušenost s meditací všímavosti, která je nutná pro rozvoj přijímajícího nekritického postoje ke všemu, co se během meditace objeví. Tento postoj pak terapeut vnáší do skupiny (Kabat-Zinn, 2016).

*Kognitivní terapie založená na nácviku všímavosti* (MBCT, Mindfulnessbased Cognitive Therapy) vznikla na základech MBSR. Účelem vzniku tohoto programu byla prevence relapsu depresivní poruchy jako alternativa k užívání psychofarmak. Jeho využití se opět rozšířilo i na další oblasti, jako je např. léčba poruch příjmu potravy (Baer, Fischer & Huss, 2005) nebo poruch spánku (Yook et al., 2008). Principem této terapie je inaktivace opětovného spouštění depresivních myšlenkových vzorců, které si klient odnesl z předchozích epizod deprese a které se mohou aktivovat běžným poklesem nálady. Vytváření odstupů od těchto negativních myšlenek je základem profylaxe a zároveň centrálním procesem technik založených na všímavosti. Tento odstup je aplikován i na emoce a tělesné pocity. V tomto terapeutickém přístupu jsou zařazeny mimo jiné i techniky z tradiční kognitivní terapie deprese a vzdělávání v psychologické oblasti. V závěru programu si účastníci vytvářejí individuální seznam časných příznaků deprese a možných způsobů, jak předejít plnému rozvinutí epizody deprese (Segal, Williams & Teasdale, 2001).

*Dialektická behaviorální psychoterapie* (DBT, Dialectical Behavioral Therapy) vznikla především za účelem léčby hraniční poruchy osobnosti. Tento komplexní kognitivně-behaviorální přístup se ale v posledních letech uplatňuje i v jiných oblastech, např. v léčbě úzkostných poruch (Gratz, Tull & Wagner, 2005) a posttraumatické stresové poruchy (Follette, Palm & Rasmussen-Hall, 2004). Dialektický přístup vychází z předpokladu, že vše je tvořeno protichůdnými silami, na základě jejichž syntézy vzniká



nová realita. Klient je touto terapií vyzýván k přijetí sebe sama a zároveň k intenzivní práci na sobě s cílem změnit vlastní chování. Terapie zahrnuje jak individuální práci na sobě, tak skupinová setkávání. Během ročního období klienti rozvíjí svou všímavost, regulaci emocí, odolnost vůči stresu a další schopnosti prostřednictvím kognitivních a behaviorálních technik. DBT neurčuje obecnou četnost ani délku meditací všímavosti, přístup je individuálnější a nabízí možnost nastavení plánu na základě dohody klienta a terapeuta (Linehan, 1993).

Dalším kognitivně-behaviorálním přístupem založeným na všímavosti je *Terapie přijetí a angažovanosti* (ACT, Acceptance and Commitment Therapy). Tento přístup nevyužívá terminologii všímavosti, ale je zařazen mezi tyto přístupy, protože se v řadě oblastí shoduje s přístupy založenými na všímavosti (Baer, 2003). Je využíván v léčbě celé řady psychických obtíží. Program vychází z předpokladu, že velká část těchto obtíží vzniká v důsledku snahy jedince o vyhnutí se nebo kontrolu nepříjemných myšlenek a emocí. Tato snaha může paradoxně vést ke zvýšení četnosti, se kterou se tyto myšlenky a emoce objevují. Cílem ACT je upustit od snahy vyhnout se nebo kontrolovat negativní myšlenky a namísto toho je přijmout tak, jak přicházejí, a to s jistým odstupem, který umožňuje pozorovat myšlenky bez hlubšího analyzování, které může být zraňující. Techniky ACT opět pracují s metaforou a imaginací (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999). Platnost využití tohoto terapeutického přístupu byla potvrzena pro léčbu úzkostných poruch, deprese, chronické bolesti, schizofrenie a pracovního stresu (Cardaciotto, 2005).

Název další z terapií založených na všímavosti *satiterapie* vychází ze slova sati, které v překladu znamená všímavost. Tato terapeutická metoda vychází z buddhistické filozofie a systému Abhidhammy. Autorem této metody je český psycholog, který působil jako buddhistický mnich na Srí Lance, Mirko Frýba. Satiterapie v mnohých aspektech koresponduje s přístupem zaměřeným na klienta Carla R. Rogerse. Klient během terapie nachází svůj vlastní způsob překonávání problémů a zvládání života. Neučí se však přímo technikám meditace všímavosti. Satiterapie může být využita pro léčbu pacientů s psychosomatickým onemocněním, s disharmonickým vývojem, hraniční poruchou či psychózou v remisi. Využívá mimo jiné techniku psychodramatu, pohybového a výtvarného vyjadřování. (Frýba, 2008; Benda, 2007).

U výše uvedených směrů je všímavost základním prvkem terapie a také prostředkem terapeutické změny. Všímavost je však využívána i v řadě terapeutických

směrů, které vycházejí z odlišných teoretických základů. Nácvik všímavosti během terapie může pozitivně ovlivnit emoční regulaci klientů, snížit reaktivitu a zvýšit pružnost reakcí (Davis & Hayes, 2011). Dochází tak k celkovému zvýšení účinnosti terapie (Weiss, Nordlie & Siegel, 2005).

Rozvíjení všímavosti lze využít jak u klientů během terapie, tak i u samotných terapeutů. Pokud terapeut praktikuje meditaci všímavosti, dochází u něj ke zvýšení empatie vůči klientovi a v souvislosti s tím i k lepšímu pochopení klientovy zkušenosti. Dále dochází k rozvíjení soucitu k sobě i k druhému. Zlepšuje se pozornost a soustředění se na terapeutický proces, trpělivost a naladění na klienta (Davis & Hayes, 2011). Všímavost zcitlivuje terapeuta na drobné změny v projevu chování klienta a tím umožňuje získávat cenné informace o aktuálním prožívání klienta (Brown, Ryan & Creswell, 2007). Pro terapeuta může být všímavost jednou z možností, jak se vyrovnat s nepříjemnými emocemi, které se během terapie mohou vynořovat. Trénink všímavosti totiž zahrnuje i rozvíjení schopnosti být se svými emocemi a přijmout je takové jaké jsou. Toto přijetí se netýká jen emocí, ale i přijetí sebe sama. Terapeut díky schopnosti přijmout sám sebe může přijímat i klienta a vytvořit tak akceptující prostředí, které je nedílnou součástí terapeutického procesu (Fulton, 2005).

#### **2.4.2. Všímavost v klinické psychologii**

V klinické psychologii se všímavost využívá u dospělých jedinců při léčbě úzkostí, které jsou se všímavostí velmi úzce spojené prostřednictvím řady aspektů (hypervigilance, zúžené pole pozornosti apod.) (Orsillo, Roemer & Holowka, 2005; Vøllestad, Nielsen & Nielsen, 2012). Dále je všímavost využívána při terapii posttraumatické stresové poruchy (Boyd, Lanius & McKinnon, 2018), obsedantně kompulzivní poruchy (Schwartz, 1996), panické poruchy (Levitt & Karekla, 2005) a generalizované úzkostné poruchy (Roemer & Orsillo, 2002). Další oblastí využití všímavosti je léčba depresí (McCarney, Schulz & Grey, 2012), kdy je podporováno přijetí negativních myšlenek a pocitů s odstupem, který zajišťuje, že se klient těmito myšlenkami nenechává pohltit. Všímavost má v tomto případě protektivní charakter a s její pomocí je předcházeno relapsu (Žitník, 2011). Využití všímavosti je žádoucí i v léčbě závislosti na návykových látkách (Li, Howard, Garland, McGovern & Lazar, 2017). Pozornost je věnována využití všímavosti v léčbě alkoholismu (Ostafin & Marlatt, 2008), nikotinismu (Davis, Strasburger & Brown, 2007), gamblerství (Toneatto, Vettese & Nguyen, 2007;

Lahey, Campbell, Brown & Goodie, 2007) a v dalších oblastech. Úspěšnost léčby závislosti prostřednictvím postupů využívajících všímavost potvrzují empirické výzkumy (např. Bowen et al., 2006). Dále je všímavost využívána v léčbě záchvatovitého přejídání (Godfrey, Gallo, Afari, 2015), poruch spánku (Yook et al., 2008) a somatických onemocnění (Specia, Carlson, Mackenzie & Angen, 2006). Všímavost může být využívána také při léčbě psychotických poruch (Louise, Fitzpatrick, Strauss, Rossell & Thomas, 2017). V těchto případech pomáhá všímavost v oblasti snižování stresu a úzkosti spojené s onemocněním (Davis et al., 2007) nebo ke snižování agresivity (Singh et al., 2007). Podrobný popis indikací uvádí ve své diplomové práci Žitník (2011).

### **2.4.3. Všímavost v psychologii práce**

V oblasti psychologii práce je nácvik všímavosti využíván především v oblasti prevence a léčby onemocnění způsobených dlouhodobým nadměrným stresem. V důsledku nadměrné zátěže se mohou u zaměstnanců objevovat různá psychosomatická onemocnění, syndrom vyhoření a další obtíže. Součástí péče o zaměstnance se tedy stávají i opatření, která mají za cíl zvýšit pracovní pohodu a snížit psychické stresory (Žitník, 2011).

V této oblasti najde své uplatnění především program MBSR, který byl přímo vyvinut jako nástroj pro snižování stresu a zvyšování psychické pohody (Brown & Ryan, 2003). Tento program umožňuje zaměstnancům rozvíjet své vnitřní zdroje, které mohou využít ve snaze zvládnout stresovou situaci. Jedná se např. o rozvoj klidu a nadhledu, snižování emoční reaktivity a přijímání problémových situací (Williams, 2006). Účinnost nácviku všímavosti v této oblasti je doložena i výzkumnými závěry (Williams, Kolar, Reger & Pearson, 2001; Walach, Nord, Zier, Dietz-Waschkowski, Kersig & Schupbach, 2007; Van Gordon, Shonin, Zangeneh & Griffiths, 2014). Všímavost je pozitivně spojena se sebeovládáním a organizační transformací vedení u lídrů, jak potvrdila australská studie Kinga a Haara (2017). Pozitivní vliv všímavosti byl rovněž prokázán v oblasti snížení vnímaného stresu u manažerů, kteří se účastnili programu založeného na všímavosti (Żońnierczyk, 2004).

Souhrnně má tedy rozvíjení všímavosti pozitivní vliv na snížení ruminací a stresu, zlepšení pracovní paměti a soustředění, zrychlení zpracování informací a zlepšení pružnosti myšlení. Dále se pozitivně podílí na snížení emoční reaktivity, zvýšení spokojenosti ve vztazích a osobní pohody či na zlepšení funkce imunitního systému (Davis

& Hayes, 2011; Keng, Smoski, Robins, 2011). Všímavost také může zvyšovat schopnost přijetí symptomů, které je obtížné nebo nemožné změnit (Fjorback, Arendt, Ornbøl, Fink, Walach, 2011). Dále může všímavost napomáhat změnám v zavedených vzorcích myšlení i chování (Baer, 2003).

## **2.5. Rizika všímavosti**

V předchozí kapitole byly společně s možnostmi využití všímavosti popsány i výhody praktikování technik a indikace. Trénink všímavosti má ale i své kontraindikace a rizika.

Kontraindikací praktikování technik všímavosti mohou být např. sebevražedné myšlenky, farmakologicky neléčitelné psychózy, akutní nebo neléčená psychiatrická onemocnění (Chýle, 2016). Nepříznivým účinkem všímavosti může být zaměření pozornosti na vnitřní dění a odklon od interpersonálních vztahů nebo nedostatečně vyvinuté vyrovnávací schopnosti pro přijetí negativních emocí a myšlenek (Hanley, Abell, Osborn, Roehrig & Canto, 2016). Čížková (2008) upozorňuje na nutnost opatrného přístupu odborníků a terapeutů k využívání technik všímavosti a ke kritickému přístupu k výzkumům, které je podporují. Toto upozornění vychází především z velké popularity všímavosti, která je spojena s nadšením pro její využívání v různých oblastech bez přihlížení k historickým a filozofickým kořenům (Olendzki, 2005).

## **2.6. Měření míry všímavosti**

S přibývajícím množstvím výzkumů věnujících se všímavosti, vzrůstá i snaha o vyvinutí nástrojů k měření tohoto konstruktů a snaha zabývat se jím kvantitativně. Většinu metod tvoří sebesposuzovací dotazníky. Autoři těchto metod vycházejí z odlišných teoretických přístupů, jinak operacionalizují všímavost a cílí na různé vlastnosti všímavosti. Zároveň se metody liší i v účelu použití. Vznikly i nástroje pro měření míry všímavosti u dětí a dospívajících, pro účely této práce však budou blíže popsány pouze metody určené dospělé populaci.

Jedním z prvních nástrojů vyvinutých k měření pozornosti je *Škála všímavé pozornosti a uvědomování* (MAAS, Mindful Attention Awareness Scale). Tato škála měří obecnou tendenci být pozorný a uvědomovat si každodenní činnosti běžného života, tedy protiklad automatického bezmyšlenkovitého jednání. Výsledkem tohoto jednofaktorového

dotazníku je jedno celkové skóre. Je možné využít ho k měření interindividuálních rozdílů ve všímavosti nebo k měření intraindividuálních změn všímavosti v čase. Škála má poměrně dobré psychometrické vlastnosti, ale položky nezahrnují postojové charakteristiky všímavosti. Dotazník má 15 položek, které jsou hodnoceny na šestibodové škále od „téměř vždy“ po „téměř nikdy“ (Brown & Ryan, 2003).

*Kentucky inventář všímavých dovedností* (KIMS, Kentucky Inventory of Mindfulness Skills) měří čtyři aspekty všímavosti, a to pozorování prožitků i vnějších podnětů v aktuálním okamžiku, popisování těchto podnětů, uvědomělé jednání bez rušivých myšlenek a přijetí bez hodnocení. Dotazník má 39 položek a výsledek tvoří celkové skóre a skóre v jednotlivých subškálách (Baer, Smith & Allen, 2004).

Dalším dotazníkem, který měří aspekty všímavosti, je *Škála kognitivní a afektivní všímavosti* (CAMS, Cognitive and Affective Mindfulness Scale). Škála zkoumá pozornost, zaměření na přítomný okamžik, uvědomění a přijetí bez hodnocení. Obsahuje 12 položek, které jsou hodnoceny na čtyřbodové škále. Výsledkem je jedno celkové skóre (Feldman, Hayes, Kumar, Greeson & Laurenceau, 2007).

*Freiburský inventář všímavosti* (FMI, Freiburg Mindfulness Inventory) má omezené využití, protože používá terminologii typickou pro meditaci vipassana. Obsahuje 30 položek a používá se k měření míry všímavosti u účastníků kurzu meditace všímavosti ihned po jeho ukončení (Walach, Buchheld, Buittenmuller, Kleinknecht & Schmidt, 2006).

*Southamptonský dotazník všímavosti* (SMQ, Southampton Mindfulness Questionnaire) měří všímavé pozorování, nechání být, nehodnocení a postoj bez odporu. Tyto čtyři aspekty všímavosti jsou syceny 16 položkami a výsledkem je jednofaktorové celkové skóre. Dotazník se věnuje postoji jedince k nepříjemným myšlenkám a představám (Chadwick, Hember, Symes, Peters, Kuipers & Dagnan, 2008).

*Torontská škála všímavosti* (TMS, Toronto Mindfulness Scale) je dvoufaktorovým dotazníkem, který obsahuje 10 položek. Faktor zvědavost popisuje uvědomování si aktuální zkušenosti se zvědavým postojem, faktor decentrace popisuje uvědomování si této zkušenosti s určitým odstupem, který brání tendenci nechat se unášet vlastními myšlenkami (Lau et al., 2006).

*Dotazník pěti aspektů všímavosti* (FFMQ, Five Facets Mindfulness Questionnaire) vznikl jako pokus o integraci různých přístupů k operacionalizaci všímavosti. Jeho

základem je faktorová analýza pěti dotazníků měřících všímavost (FMI, KIMS, CAMS, MAAS, SMQ). Měří obecnou tendenci být všímavý v každodenním životě skrze pět aspektů (nereagování, pozorování, vědomé jednání, popisování a nehodnocení). Dotazník má dobré psychometrické vlastnosti. Obsahuje 39 položek (Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer & Toney, 2006). Standardizací tohoto dotazníku u souboru české populace se ve své diplomové práci zabýval Žitník (2011). Dotazník je jeden z nejpoužívanějších nástrojů pro měření všímavosti a byl přeložen do několika jazyků. Vytvořeny byly i zkrácené verze, které mají 24 nebo 15 položek (Bohlmeijer, Ten Klooster, Fledderus, Veehof & Baer, 2011; Gu et al., 2016). Psychometrické charakteristiky zkrácené české verze Dotazníku pěti aspektů všímavosti zkoumali Kořínek, Benda a Žitník (2019). Tato verze dotazníku obsahuje 15 položek a autoři studie došli k závěru, že ji lze použít jako reliabilní a validní nástroj k měření všímavosti.

K měření všímavosti je možné použít i některé výkonové testy, které souvisí s jednotlivými aspekty všímavosti. Jednou z možností je využití testů, které měří vigilanci či schopnost přesouvání pozornosti, jako je např. Stroopův test (Bishop et al., 2004). Na měření decentrace, která je jedním z aspektů všímavosti, se zaměřili Moore, Hayhurst a Teasdale (1996), kteří vytvořili podklad pro polostrukturovaný rozhovor MACAM (Measure of Awareness and Coping in Autobiographical Memory). Předpoklad je, že lidé s vyšším skóre decentrace jsou zároveň všímavější. Využití těchto metod zatím není příliš prozkoumané a v praxi jsou málo používané.

### 3. Soucit k druhým a k sobě

Soucít ve smyslu „spolucítění“ nebo „spoluutrpení“ (Capper, 2008) se zkoumá především v souvislosti s kvalitou života a harmonií. Jedná se o koncept obsahující prvky buddhismu a židovství a úzce souvisí s pojmy empatie, soustrast, altruismus, láska nebo všímavost. Ve školách buddhismu se soucit používá k rozvíjení motivace ke smysluplné, ale náročné změně. Jedinec se učí soucitnému postoji vůči okolí, ale i vůči sobě a vztahování se k náročným emocím s pochopením, porozuměním, podporou a sebepéčí (Neff, Rude & Kirkpatrick, 2007). Milující soucit a moudrost jsou v buddhismu považovány za základní kameny psychologického uzdravení člověka (Makransky, 2012).

Soucít je specificky reaktivní emocionální stav objevující se při kontaktu s trpícím člověkem, který přihlížejícího nutí k redukci společného utrpení a má evoluční význam (Goetz, Kelner & Simon-Thomas, 2010). Jedná se tedy v podstatě o citlivost k vlastnímu utrpení, které se mírní při pomoci trpícímu (Stevens, Gauthier-Braham & Bush, 2018b). Soucit může být definován také jako soubor vědomého utrpení, empatického zájmu vůči utrpení, přání zmírnit utrpení a připravenosti pomoci zmírnit utrpení (Jinpa, 2016).

Vysoká míra soucitu k druhým nemusí nutně znamenat i vysokou míru soucitu k sobě. Soucit k sobě je ovlivňován faktory, jako např. věk, meditační praxe, pohlaví nebo úroveň dosaženého vzdělání (Neff & Pommier, 2013; Shiota, Keltner & John, 2006).

#### 3.1. Vymezení pojmu soucit k sobě

Zvýšená pozornost výzkumníků soustředěná na soucit k sobě byla odstartována rokem 2003, kdy Kristin Neff vydala v americkém časopise *Self & Identity* článek, který představil komplexní pojetí soucitu k sobě inspirované buddhistickou psychologií. Po tomto roce se soucit k sobě dostávalo úctyhodné výzkumné pozornosti. Databáze PsycInfo obsahuje 1800 článků obsahujících heslo „self-compassion“, publikovaných v letech 2003 – 2019 (získáno dne 10. 3. 2020). Někteří čeští autoři používají pro pojem *self-compassion* překlad soucit se sebou (např. Benda, 2019; Benda, Kadlečík & Loskotová, 2018; Dvorská, 2018), jiní používají překlad soucit k sobě (např. Dvořáková 2019; Boubertlová, 2019; Reichová, 2016). V souladu s dalšími diplomovými pracemi, jsem se rozhodla pro používání překladu *soucít k sobě*.

Neff (2011) definuje soucit k sobě jako emočně pozitivní postoj k sobě samému, který zažíváme ve chvílích trápení, selhání nebo uvědomění vlastního nedostatku. Soucit k sobě je tvořen třemi dimenzemi, které jsou odlišné, ale vzájemně provázané. Jedná se o tři protichůdné dvojice (Neff, 2003):

- Lidská sounáležitost vs. izolace

Lidská sounáležitost popisuje nahlížení na sebe jako na člověka se vším, co se k tomu pojí. Tedy i se selháními, trápením se, hranicemi možností, nedokonalostí, chybováním a dalšími obtížemi. Lidská sounáležitost zahrnuje i uvědomění toho, že každý si zaslouží soucit a úctu už jen proto, že je člověkem a musí se vyrovnávat s nástrahami života.

Izolace je opačnou dimenzí, která zahrnuje pocity osamělosti ve svém trápení, pocit, že nikdo na světě nezažívá něco podobného, že nikdo tak neselhává. Při takovémto izolování od druhých osob může jedinec nabývat zkresleného dojmu, že všichni ostatní jsou dokonalejší, šťastnější a daří se jim.

- Laskavost k sobě vs. sebeodsuzování

Laskavost k sobě označuje vřelý a laskavý vztah k sobě samému, motivaci být si oporou v každé nastalé situaci. Tento vztah se projevuje v emoční, kognitivní i konativní rovině a dal by se tak označit jako činná láska k sobě samému.

Sebeodsuzování je charakteristické odmítáním některých stránek vlastní osobnosti, trápením se jejich existencí. Výsledkem jsou pocity studu, frustrace, vzteku a bezmoci, které jedinci brání žádat si pomoci a nadále prohlubují jeho izolaci.

- Vší mavost vs. nadměrná sebeidentifikace

Vší mavost v tomto pojetí můžeme charakterizovat jako vytvoření nehodnotícího postoje i k nepříjemným myšlenkám, které se objeví ve vědomí.

Nadměrná sebeidentifikace zahrnuje ztotožnění s nepříjemnými prožitky selhání či nedostatečnosti, které se může nepříznivě promítat do pocitu vlastní hodnoty nebo do hodnocení okolí. Strach z tohoto negativního promítnutí může nadále prohlubovat pocit izolace.



Soucit k sobě je protikladem sebekritického přístupu, sebeodmítání, chladu vůči sobě samému, pocitům méněcennosti a nedostatečnosti, internalizovaného studu a viny (Boersma, Håkanson, Salomonsson, & Johansson, 2015). Jedná se o tajné vnitřní programy, které člověku škodí, způsobují mu trvalé neštěstí a nespokojenost a zavádějí ho do slepých uliček (Röhr, 2013).

Koncept soucitu k sobě je vymezován vůči jiným podobným pojmům, jako je sebezpřijetí, sebelítost, vysoká sebeúcta a další. Sebelítost se od soucitu k sobě liší stavěním se do pozice oběti, je charakteristická egocentrismem, sebeodsuzováním, obviňováním druhých, manipulací, neschopností odpoutat se od bolestivé situace a pocity méněcennosti (Paul, 2012). Koncept sebezpřijetí podobně jako soucit k sobě zohledňuje aspekty omylnosti a přijetí, soucitu a změny, ale nezohledňuje všímavost, laskavost a připravenost k akci, které jsou typické pouze pro soucit k sobě (Hamrová, 2016). Vysoká sebeúcta na rozdíl od soucitu k sobě staví na hodnocení, sociálním srovnávání a dosažených úspěších, na rozdíl od soucitu k sobě, který je bezpodmínečný (Neff, 2011).

### **3.2. Využití soucitu k sobě**

*„Se soucitem k sobě si dáváme stejnou laskavost a péči jako dobrému příteli“*

Kristin Neff (2020)

Soucit k sobě má svůj význam v oblasti zlepšování duševního zdraví a duševní pohody (Desmond, 2016; Gilbert, 2010; Germer, 2009). Nedostatek soucitu k sobě může mít podíl v etiopatogenezi duševních poruch (Hoge, Hölzel, Marques, Metcalf, Brach, Lazar & Simon, 2013; Krieger, Altenstein, Baettig, Doerig & Holtforth, 2013; MacBeth & Gumley, 2012). Pojetí soucitu k sobě také inspirovalo ke vzniku řady psychoterapeutických postupů (Desmond, 2016; Germer, 2009; Gilbert, 2010; Neff, 2011).

Jedním z terapeutických přístupů je *Terapie zaměřená na soucit* (CFT, Compassion Focused Therapy), která se zaměřuje na rozvoj přijímajícího a soucitného postoje vůči sobě, druhým a také k soucitu přicházejícímu od druhých. Cílem této terapie je zvýšit všímavost k vlastnímu utrpení a nahradit stud a vinu soucitnou pozorností (Boersma et al., 2015). Během CFT jsou klienti edukováni o lidské psychice a trénováni ve všímavosti a soucitu. Původně se tento terapeutický přístup věnoval chronicky depresivním pacientům (Gilbert & Procter, 2006), své využití ale našel i u léčby poruch příjmu potravy (Gale, Gilbert, Read & Goss, 2014), sociální fobie (Werner, Jazaieri, Goldin, Ziv,

Heimberg & Gross, 2012) nebo psychóz (Gumley, Braehler, Laithwaite, MacBeth & Gilbert, 2010). Další intervenční programy založené na soucitu k sobě jsou např. *Výcvik soucitu* (CCT, Compassion Cultivation Training; Jazaieri et al., 2013) nebo *Terapie zaměřená na soucit* (CMT, Compassionate mind training; Gilbert & Procter, 2006).

### **3.3. Měření míry soucitu k sobě**

Metod k měření soucitu k sobě v tuto chvíli neexistuje mnoho. Bezesporu nejpoužívanějším dotazníkem, který zjišťuje míru soucitu k sobě, je *Škála soucitu k sobě* (CSC, Self-Compassion Scale). Škála obsahuje 26 položek, které jsou hodnoceny na pětibodové škále od téměř nikdy po téměř vždy. Jednotlivé položky tematizují pozitivní i negativní aspekty lidské sounáležitosti, laskavosti k sobě a všímavosti. Dotazník má dobré psychometrické charakteristiky (Neff, 2003). Česká verze tohoto dotazníku byla na základě výzkumu Bendy a Reichové (2016) zkrácena na 20 položek, položky 3, 9, 15, 21, 22, 23 byly vyřazeny. Pro použití SCS v širší baterii testových metod vznikla zkrácená verze tohoto dotazníku (Self-Compassion Scale Short Form, SCS-SF). Tato verze obsahuje 12 položek (Raes, Pommier, Neff & Van Gucht, 2011). SCS-SF může sloužit jako úsporná alternativa ke zjištění celkové míry soucitu k sobě. Pro zjištění spolehlivých informací o jednotlivých škálách je doporučeno využití nezkrácené verze (Neff, 2016).

*Fear of Self-Compassion* (FoSC) je dotazníkem využívaným pro zjištění strachů a obav z projevení soucitu k sobě. Rozvíjení soucitu k sobě během terapie může totiž v začátcích vyvolávat nepříjemné, bolestivé pocity, které mohou vést až k odporu vůči terapii, namísto toho, aby se soucit k sobě stal niternou oporou v náročných životních situacích (Gilbert & Procter, 2006; Rockliff, Gilbert, McEwan, Lightman & Glover, 2008). K určení míry těchto pocitů vznikl jednodimenzionální dotazník FoSC, který obsahuje 15 tvrzení. Respondent hodnotí tato tvrzení na pětibodové škále od „vůbec neodpovídá“ až po „zcela odpovídá“. Psychometrické charakteristiky tohoto dotazníku jsou ale problematické, a proto se jeho využití jako diagnostického nástroje nedoporučuje. Může být ale užitečný vodítkem v rozhodování, zda u klienta využít terapii zaměřenou na rozvoj soucitu k sobě (Gilbert, McEwan, Matos & Ravis, 2011).

### **3.4. Soucit k sobě a všímavost**

Soucit k sobě úzce souvisí se všímavostí (mindfulness). Všímavost může napomáhat k uvědomování si automatických reakcí, které mohou blokovat soucitné reakce

(Kang, Gruger & Gray, 2013). Otevřenost vůči utrpení a distresu je podmíněna schopností nepodléhat obranným mechanismům, jako je např. popření. V tomto směru může rovněž napomáhat rozvíjení všímavosti (Gilbert, 2017).

Všímavost je základní součástí soucitu k sobě. Oba tyto koncepty zahrnují obracení se k bolestivým zážitkům s přijímajícím postojem, který vede ke snížení míry nepříjemnosti těchto prožitků, a vzájemně se posilují. Všímavost, která je součástí soucitu k sobě, je však užší než obecný koncept všímavosti, který zahrnuje schopnost všímavě se věnovat všem prožitkům, které přicházejí do vědomí, tedy nejen negativním, ale i neutrálním a pozitivním. Stejně tak soucit k sobě je širším konceptem, protože kromě všímavosti zahrnuje i další prvky (Neff & Dahm, 2014). Oba tyto koncepty se tedy překrývají pouze částečně. Další rozdíl mezi všímavostí a soucitem k sobě spočívá v cílech, kterých je jimi dosahováno. Všímavost je způsob vztahování se k vnitřní zkušenosti, soucit k sobě je pak způsobem vztahování se k zážitku utrpení (Germer, 2009). Je pravděpodobné, že se na všímavosti a soucitu k sobě podílejí odlišné fyziologické systémy (Gilbert, 2009). Všímavost je relativně nedávným vývojovým úspěchem (Siegel, 2007), zatímco soucit k sobě je starším systémem (Goetz et al., 2010).

Oba tyto koncepty jsou významnými prediktory životní spokojenosti. Řada studií však dokládá, že soucit k sobě je silnějším ukazatelem než všímavost (Baer, Lykins & Peters, 2012; Van Dam, Sheppard, Forsyth & Earleywine, 2011).

Ukazuje se, že během rozvíjení všímavosti u účastníků kurzů všímavosti MBSR a MBCT dochází zároveň ke zvyšování míry soucitu k sobě, ačkoli soucit k sobě není během těchto programů explicitně trénován a rozvíjen (Birnie, Speca & Carlson, 2010; Kuyken et al., 2010; Rimes & Wingrove, 2011). Všímavost tedy může být použita rovněž k rozvíjení soucitu k sobě (Tirch, 2010).

#### 4. Souvislosti všímavosti, soucitu k sobě a syndromu vyhoření

Souvislostmi mezi všímavostí, soucitem k sobě a syndromem vyhoření se zabývá již poměrně velké množství především zahraničních výzkumníků. V následující části práce budou představeny výzkumy, které pocházejí z různých kulturních oblastí, ale všechny se vztahují k cílové skupině, kterou se zabývá tato práce. Probandy následujících výzkumů tedy tvoří lékaři, zdravotní sestry, psychologové, ergoterapeuti, adiktologové a další skupiny profesí, které se objevují i v empirické části této práce.

Luken a Sammons (2016) ve svém systematickém přehledu vlivu technik všímavosti na redukci projevů syndromu vyhoření srovnávali výsledky osmi studií. Tyto studie vybírali na základě několika předpokladů. Mimo jiné vyžadovali, aby participanti daných studií byli plnoletí, vykazovali příznaky syndromu vyhoření, ale jinak byli zdraví a využívali k léčbě syndromu vyhoření trénink všímavosti (různé varianty MBSR), který tvořil minimálně polovinu intervence. Všechny tyto studie zahrnovaly srovnání experimentální a kontrolní skupiny z listu čekatelů, dvě z nich používaly i kvalitativní metody. Polovina těchto studií se věnovala poskytovatelům zdravotní péče (Cohen-Katz, Wiley, Capuano, Baker, Deitrick & Shapiro, 2005; Mackenzie, Poulin & Seidman-Carlson, 2006; Moody et al., 2013; Shapiro, Astin, Bishop & Cordova, 2005). Výsledky těchto studií dle očekávání výzkumníků potvrdily zmírnění příznaků syndromu vyhoření po absolvování tréninku všímavosti u zdravotníků. Autoři považují za nutné doplnit výzkumnými zjištěními i nedostatek informací o účincích tréninku všímavosti na redukci syndromu vyhoření u ergoterapeutů.

K podobným výsledkům jako u předchozích studií dochází i Goodman a Schorling (2012) ve výzkumu zaměřeném na vliv kurzu MBSR na redukci vyhoření a zlepšení duševní pohody poskytovatelů zdravotní péče z různých profesí (lékaři, zdravotní sestry, psychologové a sociální pracovníci). Intervence sestávala z kurzu MBSR, který se skládal z každotýdenních setkání na 2,5 hodiny po dobu osmi týdnů a z jednoho 7 hodinového vstupu. Míra syndromu vyhoření byla měřena MBI a to před a po absolvování kurzu. Po absolvování kurzu došlo u poskytovatelů zdravotní péče k signifikantnímu zlepšení ve skóre syndromu vyhoření.

Potvrzen byl pozitivní vliv tréninku všímavosti na míru vyhoření i u stážistů na psychiatrii (Kang, Selzer, Gibbs, Bourke, Hudaib & Gibbs, 2019). Úroveň psychologického distresu a všímavosti byla v této pilotní studii měřena před a po

absolvování kurzu založeném na všímavosti. Autoři studie usuzují na pozitivní vliv takového programu na zdraví a zlepšení pracovního výkonu u stážistů.

Askey-Jones (2018) si ve svém výzkumu kladl za cíl zjistit, zda má kurz MBCT pozitivní vliv na redukci projevů syndromu vyhoření, na zvýšení celkové životní spokojenosti a zvýšení míry všímavosti. Sekundárními cíli bylo prozkoumat, zda existuje nějaký pozitivní nebo negativní vztah mezi syndromem vyhoření a všímavostí a zda tento vztah byl ovlivněn skupinovým zásahem. Jedná se o jednu z prvních publikovaných studií, která zjistila signifikantní korelaci snížení míry vyhoření v důsledku zvýšení míry všímavosti. Výzkumný vzorek tvořilo 86 profesionálů z oblasti péče o duševní zdraví. K měření míry syndromu vyhoření byl využit Maslach Burnout Inventory (MBI), k měření míry všímavosti krátká verze Freiburského inventáře všímavosti (FMI, Freiburg Mindfulness Inventory). Jedná se o jednu z prvních publikovaných studií, která zjistila malý, ale signifikantní efekt mezi vyšší mírou vyhoření a nižší mírou všímavosti. Na konci kurzu byla u participantů s nízkou mírou vyhoření zjištěna signifikantně vyšší míra všímavosti. Tato zjištění podporují názor, že možným mechanismem snižování vyhoření u zdravotnických pracovníků je formální školení všímavosti.

Na čínské populaci zdravotnických pracovníků na geriatrických odděleních zkoumala vliv individuálního tréninku všímavosti na redukci projevů syndromu vyhoření Hall (2016). Došla k závěrům, které potvrdily signifikantní snížení příznaků syndromu vyhoření po absolvování tohoto tréninku.

Výzkum singapurské populace odborníků na duševní zdraví rovněž prokázal, že vyšší míra všímavosti je spojena s nižší mírou stresu a syndromu vyhoření (Yang et al., 2017). Tento výzkum byl realizován s 224 odborníky. K měření míry stresu byla využita Škála vnímaného stresu (PSS, Perceived Stress Scale), k měření míry vyhoření Oldenburský inventář vyhoření (OLBI, Oldenburg burnout inventory) a k měření míry všímavosti Dotazník pěti aspektů všímavosti (FFMQ, Five Facets Mindfulness Questionnaire).

Dalším výzkumem, který se věnuje souvislosti všímavosti se syndromem vyhoření a zároveň zkoumá i souvislost se soucitem k sobě, je pilotní studie provedená na 22 odbornících na duševní zdraví. Studie opět pracuje s dobrovolnou účastí respondentek na kurzu MBSR. Před a po kurzu byla měřena úroveň soucitu k sobě prostřednictvím Škály soucitu k sobě (Self-Compassion Scale, SCS), míra vyhoření pomocí Maslach Burnout

Inventory-Human Services (MBI-HS). Dále byla zjišťována také míra kvality života účastníků za pomoci Quality of Life Inventory (QOLI). Tato studie prokázala statisticky významné zvýšení soucitu k sobě v souvislosti s účastí na programu MBSR (Raab, Sogge, Parker & Flament, 2015).

Souvislostí soucitu k sobě a syndromu vyhoření u odborníků na duševní zdraví se věnuje studie na zaměstnancích Veteran Affairs (VA). Syndrom vyhoření byl v této studii měřen za pomoci Copenhagen Burnout Inventory (CBI), soucit k sobě za pomoci Škály soucitu k sobě (Self-Compassion Scale, SCS). Z 379 oslovených osob odpovědělo 128 respondentů. V cílové skupině byli zastoupeni především administrativní pracovníci, ošetrovatelé, sociální pracovníci, psychologové a psychiatři. Výsledky této studie podpořily hypotézu, že soucit k sobě může být spojen s odolností vůči vyhoření a podobně může docházet ke snížení míry soucitu k sobě v důsledku vyhoření. Během této studie byla zkoumána i souvislost soucitu k sobě a vyhoření s depresivitou (Atkinson, Rodman, Thuras, Shiroma & Lim, 2017).

Další studie se věnovala účinkům Výcviku soucitu (Compassion Cultivation Training, CCT) na syndrom vyhoření, všímavost, strachy a obavy z projevení soucitu k sobě a další faktory (např. interpersonální konflikty, spokojenost se zaměstnáním) u zdravotnických pracovníků. Studie se uskutečnila na 62 respondentech, kteří absolvovali 8 týdenní kurz CCT. Dotazníky byly administrovány e-mailem na začátku, uprostřed a na konci kurzu a následně ještě 1 měsíc po skončení kurzu. Respondenty tvořili především zdravotní sestry, psychologové, manželští a rodinní poradci, sociální pracovníci, lékaři, fyzioterapeuti a další zaměstnanci nemocnice (např. kaplani, administrativní pracovníci). Míra soucitu k sobě byla měřena krátkou verzí Škály soucitu k sobě (SCS-SF, Self-Compassion Scale – Short Form), míra všímavosti Torontskou škálou všímavosti (TMS, Toronto Mindfulness Scale), míra vyhoření Copenhagen Burnout Inventory (CBI), strachy a obavy z projevení soucitu k sobě Fears of Compassion Scale (FOCS). Výsledky této studie potvrdily signifikantní zvýšení soucitu k sobě a všímavosti. Nebyly pozorovány změny ve výsledcích měření vyhoření, toto autoři přisuzují efektu podlahy (malá senzitivita škály CBI v nižších hodnotách skórování). CCT se tedy ukazuje jako dobrý nástroj k prevenci syndromu vyhoření (Scarlet, Altmeyer, Knier & Harpin, 2017).

Studie na kanadských lékařích zkoumala souvislost soucitu k sobě a profesní spokojenosti (pracovní angažovanost, vyčerpání a spokojenost s profesionálním životem).

Předpoklady, které měly být ověřeny za pomoci této studie, byly, že lékaři s vyšší mírou soucitu k sobě zažívají rovněž vyšší pracovní angažovanost a menší vyčerpání z práce než lékaři s nižší mírou soucitu k sobě a že lékaři s vyšší mírou soucitu k sobě budou zažívat větší spokojenost s pracovním životem prostřednictvím vyšší pracovní angažovanosti a menšího vyčerpání než lékaři s nižší mírou soucitu k sobě. Výsledky tyto předpoklady potvrdily. Studie se účastnilo 57 lékařů, kteří vyplnili dotazníky online. Míra soucitu k sobě byla zjišťována pomocí krátké verze Škály soucitu k sobě (SCS-SF, Self-Compassion Scale – Short Form), míra pracovní angažovanosti a vyčerpání pomocí Oldenburského inventáře vyhoření (OLBI, Oldenburg burnout inventory). Zvyšování míry soucitu k sobě by tedy mohlo pozitivně napomáhat ke zlepšení životní spokojenosti lékařů, ale i ke zvýšení kvality péče o pacienty (Babenko, Mosewich, Lee & Koppula, 2019).

Tyto zahraniční výzkumy shodně potvrzují pozitivní vliv všímavosti a soucitu k sobě na míru vyhoření u odborníků na duševní zdraví. Podporují názor, že vyšší míra všímavosti a soucitu k sobě souvisí s nižší mírou vyhoření. Rozvíjením všímavosti a soucitu k sobě by se tedy podle dostupných údajů dalo předcházet vzniku a snižovat míru vyhoření. Výsledky těchto studií ukazují na možnost využití kurzů k rozvíjení všímavosti a soucitu k sobě jako prostředku prevence a redukce projevů syndromu vyhoření.

## VÝZKUMNÁ ČÁST

### 5. Cíle výzkumu

Syndrom vyhoření je obtíží, která zasahuje do života mnoha pomáhajících profesí. Vzhledem k tomu, jak výrazně mohou symptomy syndromu vyhoření ovlivnit kvalitu života jedince, není překvapivá snaha o nalezení metod pro prevenci a léčbu vyhoření. Pozitivní vliv všímavosti a soucitu k sobě na prevenci syndromu vyhoření popisuje řada zahraničních studií, které jsou prezentovány v literárně přehledové části práce. V českém prostředí však dosud nebyl realizován výzkum, který by zjišťoval souvislost všímavosti, soucitu k sobě a míry vyhoření u odborníků na duševní zdraví. Vzhledem k chybějícím výzkumným závěrům v této oblasti byl formulován hlavní záměr výzkumu, který je popsán v této části práce, následovně.

Cílem výzkumu, který je součástí empirické části práce, je zmapování možných souvislostí mezi všímavostí, soucitem k sobě a mírou vyhoření u českých odborníků na duševní zdraví.

#### 5.1. Výzkumné otázky a hypotézy

Na základě rešerše dostupných výzkumů a identifikace chybějících informací byly stanoveny následující výzkumné otázky:

**VO1:** Jaký je vztah mezi všímavostí a soucitem k sobě u odborníků na duševní zdraví?

**VO2:** Jaký je vztah mezi všímavostí a syndromem vyhoření u odborníků na duševní zdraví?

**VO3:** Jaký je vztah mezi soucitem k sobě a syndromem vyhoření u odborníků na duševní zdraví?

V návaznosti na výzkumné otázky byly formulovány následující hypotézy:

**H1:** Celková míra všímavosti **negativně** koreluje s mírou osobního vyhoření.

H1<sub>1</sub>: Aspekt nereagování **negativně** koreluje s mírou osobního vyhoření.

H1<sub>2</sub>: Aspekt pozorování **negativně** koreluje s mírou osobního vyhoření.



H1<sub>3</sub>: Aspekt vědomého jednání **negativně** koreluje s mírou osobního vyhoření.

H1<sub>4</sub>: Aspekt popisování **negativně** koreluje s mírou osobního vyhoření.

H1<sub>5</sub>: Aspekt nehodnocení **negativně** koreluje s mírou osobního vyhoření.

**H2:** Celková míra všímavosti **negativně** koreluje s mírou pracovního vyhoření.

H2<sub>1</sub>: Aspekt nereagování **negativně** koreluje s mírou pracovního vyhoření.

H2<sub>2</sub>: Aspekt pozorování **negativně** koreluje s mírou pracovního vyhoření.

H2<sub>3</sub>: Aspekt vědomého jednání **negativně** koreluje s mírou pracovního vyhoření.

H2<sub>4</sub>: Aspekt popisování **negativně** koreluje s mírou pracovního vyhoření.

H2<sub>5</sub>: Aspekt nehodnocení **negativně** koreluje s mírou pracovního vyhoření.

**H3:** Celková míra všímavosti **negativně** koreluje s mírou vyhoření směrem ke klientovi.

H3<sub>1</sub>: Aspekt nereagování **negativně** koreluje s mírou vyhoření směrem ke klientovi.

H3<sub>2</sub>: Aspekt pozorování **negativně** koreluje s mírou vyhoření směrem ke klientovi.

H3<sub>3</sub>: Aspekt vědomého jednání **negativně** koreluje s mírou vyhoření směrem ke klientovi.

H3<sub>4</sub>: Aspekt popisování **negativně** koreluje s mírou vyhoření směrem ke klientovi.

H3<sub>5</sub>: Aspekt nehodnocení **negativně** koreluje s mírou vyhoření směrem ke klientovi.

**H4:** Míra soucitu k sobě **negativně** koreluje s mírou osobního vyhoření.

**H5:** Míra soucitu k sobě **negativně** koreluje s mírou pracovního vyhoření.

**H6:** Míra soucitu k sobě **negativně** koreluje s mírou vyhoření směrem ke klientovi.

**H7:** Míra užívání technik všímavosti v praxi **negativně** koreluje s mírou osobního vyhoření.

**H8:** Míra užívání technik všímavosti v praxi **negativně** koreluje s mírou pracovního vyhoření.

**H9:** Míra užívání technik všímavosti v praxi **negativně** koreluje s mírou vyhoření směrem ke klientovi.

**H10:** Míra užívání technik všímavosti v soukromém životě **negativně** koreluje s mírou osobního vyhoření.

**H11:** Míra užívání technik všímavosti v soukromém životě **negativně** koreluje s mírou pracovního vyhoření.

**H12:** Míra užívání technik všímavosti v soukromém životě **negativně** koreluje s mírou vyhoření směrem ke klientovi.

**H13:** Celková míra všímavosti **pozitivně** koreluje s mírou soucitu k sobě.

H13<sub>1</sub>: Aspekt nereagování **pozitivně** koreluje s mírou soucitu k sobě.

H13<sub>2</sub>: Aspekt pozorování **pozitivně** koreluje s mírou soucitu k sobě.

H13<sub>3</sub>: Aspekt vědomého jednání **pozitivně** koreluje s mírou soucitu k sobě.

H13<sub>4</sub>: Aspekt popisování **pozitivně** koreluje s mírou soucitu k sobě.

H13<sub>5</sub>: Aspekt nehodnocení **pozitivně** koreluje s mírou soucitu k sobě.

Poměrně vysoké množství formulovaných hypotéz je dáno použitými dotazníky. Dotazník CBI obsahuje tři subškály, FFMQ-15-CZ pak celkem 5 subškál. Snížením počtu hypotéz by došlo k ochuzení závěrů o vzájemných souvislostech těchto subškál, které mohou přinést zajímavé poznatky.

## 6. Design výzkumného projektu

Před samotným zahájením sběru dat proběhla na přelomu ledna a února 2020 pilotáž výzkumu, která cílila na odhalení chyb, zjištění připomínek a celkového času nutného pro vyplnění dotazníků. Během pilotáže na pěti respondentech byla odhalena chyba ve verbalizaci stupňů škály. Tato chyba byla následně opravena. Respondenti při pilotáži uváděli čas potřebný k vyplnění mezi 6 – 15 minutami. Medián se rovnal 10 minutám, tento čas byl následně uveden jako součást instrukce k vyplnění. Doplnující otázky byly následně vymazány. Zmíněných pět respondentů nebylo zahrnuto do zpracování dat.

Sběr dat probíhal v únoru a březnu roku 2020. Původním cílem bylo získat 200 – 250 vyplněných dotazníků. Sběr dat však byl předčasně ukončen kvůli pandemii covidu-19, protože snahy o její zvládnutí vedly k nadměrnému vytížení personálu i v psychiatrických nemocnicích a odděleních a zaměstnanci tak neměli kapacitu pro účast ve výzkumu a zároveň vzrostla možnost zkreslení dat především o míře syndromu vyhoření. Vyhodnocení získaných dat probíhalo v květnu 2020. Vzhledem k charakteru výzkumných otázek byl zvolen kvantitativní výzkumný design, konkrétně korelační výzkum.

### 6.1. Metody získávání dat

Data byla získávána formou dotazníků, které byly prezentovány v elektronické podobě. Čas na vyplnění nebyl omezen. Každý respondent obdržel odkaz na formulář, který obsahoval základní demografické údaje a tři dotazníky. První dotazník byl zaměřený na soucit k sobě, druhý na všímavost a třetí na syndrom vyhoření.

V úvodu výzkumu byli respondenti seznámeni s účelem sběru dat a s výzkumy, ve kterých budou data použita, informováni o anonymitě a o cílové skupině, tedy komu je dotazník určen. Dále jim byl sdělen přibližný čas potřebný pro vyplnění dotazníku a e-mail pro případ dotazů či komentářů. Před vyplněním jednotlivých dotazníků byli respondenti informováni o názvu dotazníku a byla jim podána instrukce k vyplnění.

V první části dotazníku byly zjišťovány demografické charakteristiky respondentů, které jsou relevantní z hlediska zaměření výzkumu. Položky se dotazovaly na pohlaví, věk, rodinný stav, zdravotní stav, pracovní pozici, výši úvazku, absolvování

psychoterapeutického výcviku a kurzu věnujícího se všímavosti, znalosti pojmů soucit k sobě a všímavost, využívání technik souvisejících se všímavostí a provozování aktivit, které mají ke všímavosti blízko. Znění tohoto dotazníku je uvedeno v příloze č. 1.

K měření míry soucitu k sobě byla využita *Škála soucitu se sebou* (SCS-CZ; Benda & Reichová, 2016). Tato škála byla zvolena kvůli přijatelným psychometrickým vlastnostem (Benda & Reichová, 2016). Dále pak kvůli dostupnosti české verze. Obsahuje 20 položek. Respondenti určují míru souhlasu s tvrzením na pětibodové škále od „velmi často, téměř vždy“ až po „téměř nikdy“.

Další psychodiagnostickou metodou použitou v rámci výzkumu byl *Dotazník pěti aspektů všímavosti* (FFMQ-15-CZ; Kořínek et al., 2019). Tento dotazník byl zvolen kvůli přijatelným psychometrickým vlastnostem (Kořínek et al., 2019). Dále pak kvůli dostupnosti české verze a zároveň díky úspornosti, kterou s sebou přináší zkrácená verze. Vzhledem k tomu, že respondenti vyplňovali několik dotazníků v rámci jednoho výzkumu, považují zařazení zkrácené verze za přínosné, zkrácená verze navíc vysoce koreluje s plnou verzí (Kořínek et al., 2019). Dotazník obsahuje 15 položek, ve kterých respondenti určují míru souhlasu s tvrzením na pětibodové škále od „velmi často, téměř vždy“ až po „téměř nikdy“. Dotazník měří celkovou míru všímavosti (FFMQ-15-CZ) a dále hodnoty u jednotlivých aspektů všímavosti, kterými jsou nereagování (položky 5, 10, 15), pozorování (položky 1, 6, 11), vědomé jednání (položky 3, 8, 13), popisování (2, 7, 12), nehodnocení (položky 4, 9, 14).

Psychodiagnostických metod zaměřených na syndrom vyhoření existuje poměrně široká škála, jak již bylo zmíněno v literárně přehledové části. Pro účely tohoto výzkumu byl zvolen *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI; Kristensen et al., 2005). Dotazník obsahuje 19 položek. Respondenti určují míru souhlasu s daným tvrzením na pětibodové škále od „vždy“ až po „nikdy, téměř nikdy“. Tento dotazník byl zvolen kvůli jeho dobrým psychodiagnostickým vlastnostem (Kristensen et al., 2005; Milfont, Denny, Ameratunga, Robinson & Merry, 2008), dále z důvodu menší obeznámenosti veřejnosti s položkami dotazníku oproti jiným metodám. Výhodou je i jeho dostupnost. Vzhledem k zařazení předchozích dvou dotazníků považují za výhodu i to, že CBI využívá obdobnou škálu a respondent se tedy nemusí naladit na jiný typ hodnocení. Byl využit překlad do češtiny, který použily ve svých závěrečných pracích Vlachovská (2011) a Černíková (2014). Některé položky dotazníku se vztahují přímo k cílové skupině, se kterou respondenti

pracují (např. „Je pro Vás frustrující pracovat se studenty?“). Pro účely tohoto výzkumu jsem jako název cílové skupiny v dotazníku použila *klient/pacient*, vzhledem k povaze výzkumného souboru. Takové přizpůsobení položek dotazníku autoři umožňují. Výsledky dotazníku tvoří hrubé skóry získané ve třech podškálách, které tvoří pracovní vyhoření (CBI-WB), osobní vyhoření (CBI-PB) a vyhoření směrem ke klientovi (CBI-CB).

## 6.2. Metody zpracování a analýzy dat

Ke statistickému zpracování dat byl použit program Jamovi. K vyhodnocení dat a tvorbě grafů a tabulek byl využit program Microsoft Excel. Normalita rozložení dat byla testována pomocí Shapiro-Wilkova testu a vizuálně posuzována skrze histogramy, které jsou uvedeny v příloze č. 2. Ověření hypotéz, tedy vztahů mezi sledovanými proměnnými, proběhlo za pomoci Spearmanova korelačního koeficientu. Spearmanův korelační koeficient byl použit vzhledem k tomu, že lépe než Pearsonův korelační koeficient podchycuje nelineární závislost dat a je robustní vůči odlehlým hodnotám a odchylkám od normality. Absolutní hodnoty korelací byly pro účely této diplomové práce interpretovány shodně jako u Pearsonova korelačního koeficientu:  $r_s \geq 0,5$  (vysoká korelace),  $r_s \geq 0,3$  (středně vysoká korelace),  $r_s \geq 0,1$  (nízká korelace),  $r_s \geq 0$  (zanedbatelná korelace) (Cohen, 1988). Při zpracování dat byly použity jednostranné hypotézy a hladina významnosti byla stanovena na 5 %.

## 6.3. Etika výzkumu

Výzkumné šetření záměrně neobsahovalo otázky, které by mohly vést k identifikaci respondentů, ti tak zůstali v anonymitě. Respondenti se zúčastnili výzkumu dobrovolně a věděli předem, jakému tématu se výzkum věnuje, byli informováni i o účelu sběru dat. Dotazníky byly uvedeny zkratkou jejich názvu. Lze předpokládat, že část respondentů s dotazníky přímo pracuje a zná jejich využití, jakákoli snaha zamezit rozpoznání dotazníku by mohla působit dehonestujícím dojmem. Respondentům tedy nebylo nic zatajeno. Všichni respondenti byli plnoletí. Za souhlas s účastí ve výzkumu lze považovat samotné vyplnění dotazníku. Účastníkům výzkumu nebudou sděleny výsledky dotazníků zaměřených na všímavost, soucit k sobě a syndrom vyhoření, protože by nebylo možné ošetřit případné negativní pocity z výsledků. S ohledem na etickou zásadu nonmaleficence byla volena i baterie dotazníků. Byly zařazeny pouze otázky a dotazníky, které byly relevantní vzhledem ke stanoveným hypotézám, aby nedošlo k nadměrnému časovému

vytížení respondentů. Zásada beneficence je naplněna zveřejněním diplomové práce, která obsahuje výsledky výzkumu a nabízí možnosti využití všímavosti a soucitu k sobě v prevenci a léčbě syndromu vyhoření.

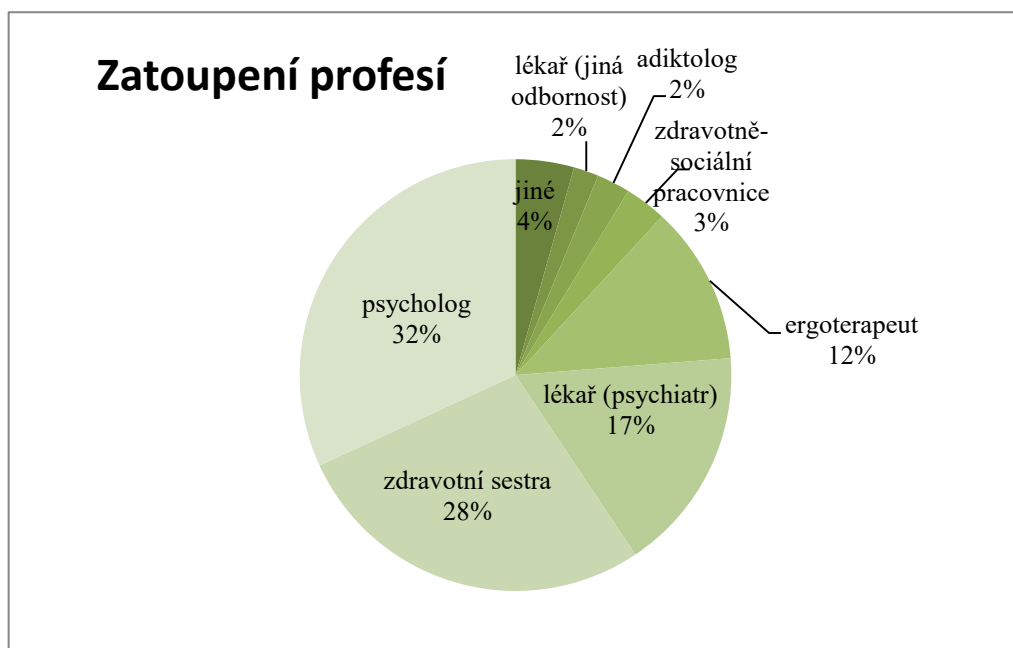
## 7. Výzkumný soubor

Cílovou skupinu pro výzkum, který je součástí této diplomové práce, tvořili zaměstnanci psychiatrických nemocnic v České republice, kteří jsou v přímém kontaktu s klienty/pacienty. Tato cílová skupina byla vybrána s ohledem na riziko rozvoje syndromu vyhoření. Zároveň vzhledem k povaze práce předpokládám u této skupiny větší zájem o svůj osobnostní rozvoj, právě např. rozvíjením mindfulness či soucitu k sobě. Tato skupina má do jisté míry homogenní spektrum klientů, mělo by tedy být snazší interpretovat výsledky výzkumu. Kritéria pro zařazení do vzorku byly pouze dvě – (1) působení v psychiatrické nemocnici, na psychiatrickém oddělení nebo v psychiatrické ambulanci a (2) přímá práce s psychiatrickými klienty/pacienty. Věk, pohlaví, rodinný stav, výše úvazku a další charakteristiky byly zjišťovány, ale neomezovaly zařazení do vzorku.

Zaměstnanci psychiatrických nemocnic a oddělení byli osloveni přes vedení těchto zařízení. Byl jim rozeslán e-mail s prosbou o rozšíření dotazníku. Kontaktována byla např. Psychiatrická nemocnice Bohnice, Psychiatrická nemocnice Kosmonosy, Psychiatrická léčebna Lnáře, Dětská psychiatrická nemocnice Opařany a řada dalších. Dalším kanálem pro kontaktování cílové skupiny bylo oslovení asociací sdružující jednotlivé profese, např. Česká asociace ergoterapeutů, Asociace klinických psychologů České republiky, Česká asociace adiktologů a další. Příspěvek s odkazem na dotazník byl sdílen také na Facebookových stránkách Česká psychologie a Kolegové z oboru adiktologie. Výběr byl nenáhodný, jednalo se o samovýběr.

Dotazník vyplnilo celkem 163 respondentů. Ze zpracování dat byli 3 respondenti vyřazeni kvůli nesplnění kritéria o přímé práci s klienty. Výsledky tedy vycházejí z odpovědí **160 osob**.

Zaměstnanci zařazení do souboru pracovali celkem na 12 různých pozicích. Jednalo se o profesi psychologa, zdravotní sestry, lékaře (psychiatra), lékaře (jiné odbornosti), adiktologa, ergoterapeuta, fyzioterapeuta, nutričního terapeuta, poradce, vychovatelky, sanitáře a zdravotně-sociální pracovníce. Procentuální zastoupení profesí v souboru je uvedeno v následujícím grafu. Tabulka znázorňuje celkové počty respondentů v daných profesích.

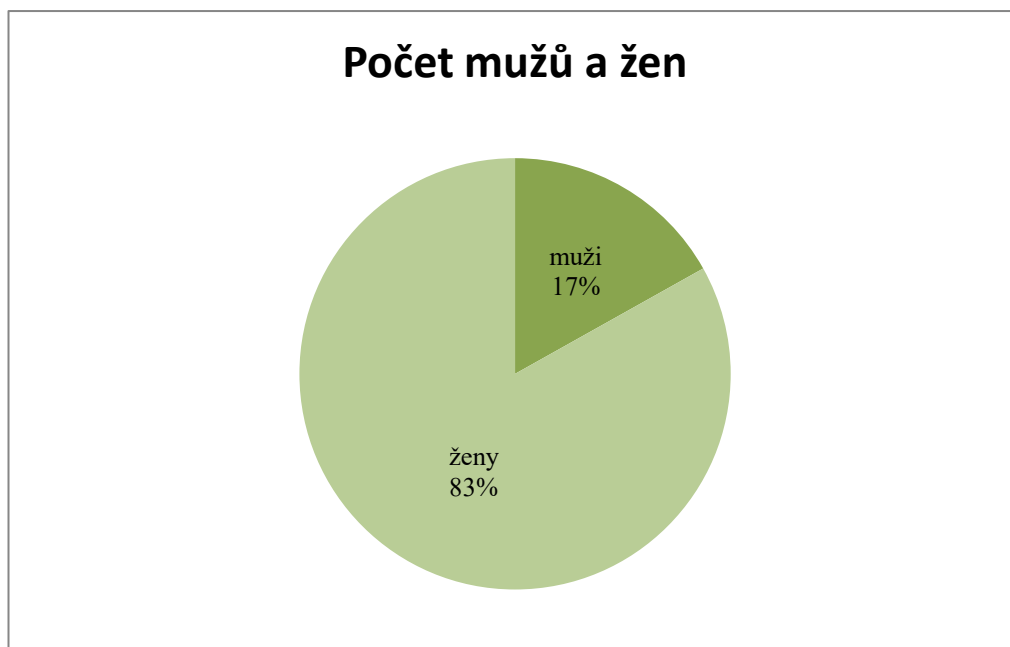


Graf 1: Zobrazení poměru zastoupení dle profese

Název profese	Počet osob
psycholog	51
zdravotní sestra	44
lékař (psychiatr)	27
ergoterapeut	19
zdravotně-sociální pracovníce	5
adiktolog	4
lékař (jiná odbornost)	3
nutriční terapeut	2
sanitář	2
fyzioterapeut	1
vychovatelka	1
poradce	1

Tabulka 1: Zastoupení dle profese

Z hlediska pohlaví byl výzkumný soubor nevyvážený. Dotazník vyplnilo 133 žen a 27 mužů. Vyšší počet žen ve vzorku odpovídá předpokladům, protože mezi zdravotnickými pracovníky obecně převažují ženy (Garkisch, 2019). Procentuální zastoupení pohlaví ukazuje následující graf.

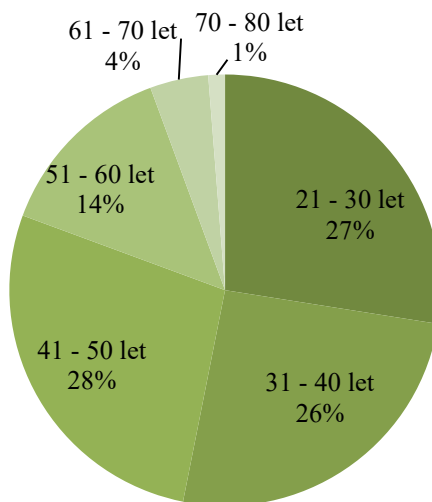


Graf 2: Zobrazení poměru zastoupení dle pohlaví

Věk respondentů se pohyboval mezi 21 a 80 lety. Toto rozpětí je odpovídající. Početně málo zastoupenou skupinu osob nad 70 let lze vysvětlit odchodem těchto zaměstnanců do důchodu, nepřítomnost respondentů mladší 21 let lze vysvětlit probíhající přípravou na výkon budoucího povolání, která v mnohých případech neumožňuje dřívější nástup do zdravotnictví. Nejvíce zastoupeny jsou věkové skupiny 21 až 30 let a 41 až 50 let. Medián věku respondentů byl 40 let. Věkové rozložení ukazuje následující graf a tabulka.



## Věkové rozložení



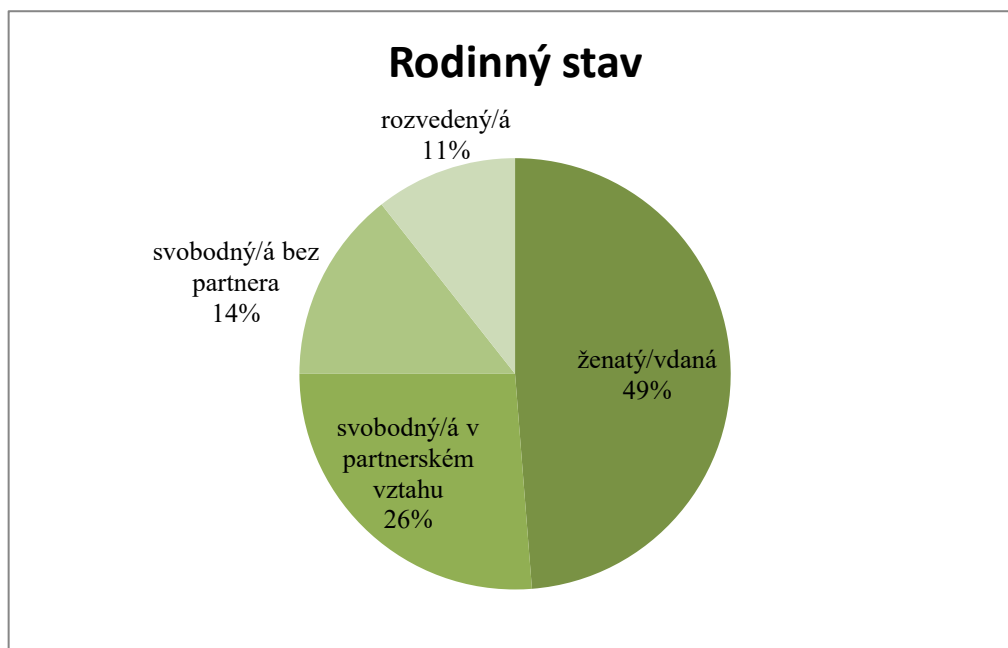
Graf 3: Zobrazení poměru zastoupení dle věku

Věková skupina	Počet osob
21 - 30 let	44
31 - 40 let	41
41 - 50 let	44
51 - 60 let	22
61 - 70 let	7
70 - 80 let	2

Tabulka 2: Zastoupení dle věku

Většina osob je zdravá. Během vyplňování dotazníku byly 4 osoby sužovány krátkodobou nemocí, dlouhodobou nemocí trpí 11 respondentů. Respondentům byla položena otázka, jaký je jejich zdravotní stav a byly nabídnuty možnosti zdravý/krátkodobá nemoc/dlouhodobá nemoc. Tyto možnosti nebyly blíže definovány, respondenti svůj zdravotní stav hodnotili na základě subjektivního úsudku.

Tři čtvrtiny osob ve výzkumném souboru jsou v partnerském vztahu. V manželství žije 78 osob, nesezdaný partnerský vztah uvedlo 42 osob. Bez partnera aktuálně žije 40 osob. Z toho je 17 rozvedených a 23 dosud svobodných bez partnera. Více než polovina respondentů, celkem 93 osob, již má děti.



**Graf 4: Zobrazení poměru zastoupení dle rodinného stavu**

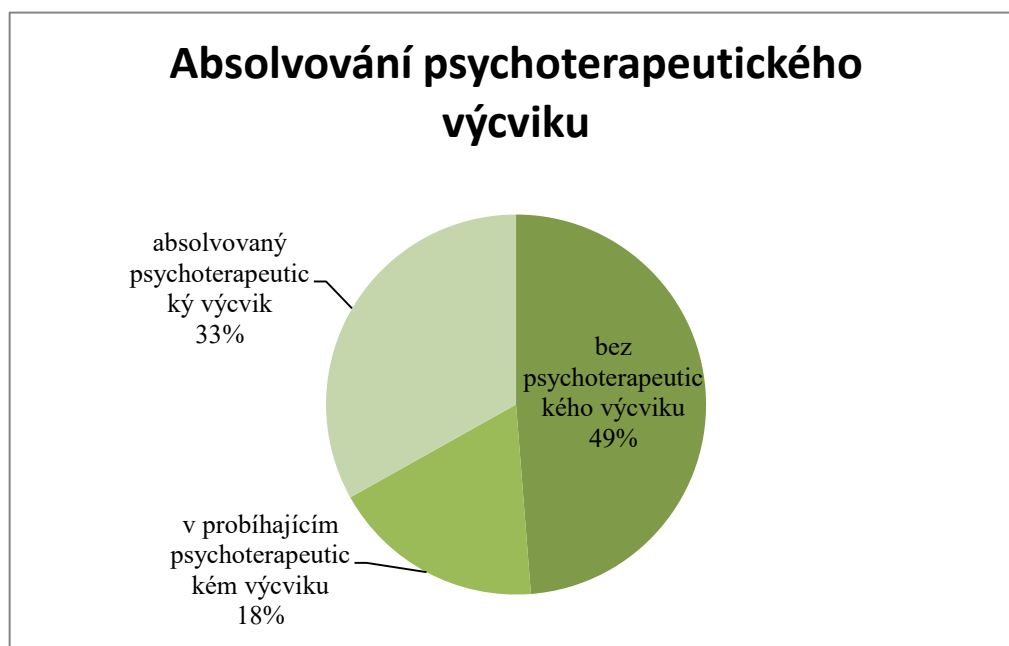
Zaměstnanci na svých aktuálních pozicích pracují různě dlouhou dobu. Někteří respondenti jsou zde zaměstnaní méně než rok. Nejvyšší zaznamenaný počet let na dané pracovní pozici je 41 let. Medián je 12,5 roku.

Počet let na pozici	Počet osob
méně než 1 rok	2
1 – 5 let	56
6 – 10 let	15
11 – 20 let	37
21 – 30 let	28
více než 30 let	22

**Tabulka 3: Rozložení podle počtu let na aktuální pozici**

Většina respondentů pracuje na dané pozici na plný úvazek, celkem 127 osob. Pouze 33 osob pracuje na zkrácený úvazek. Z osob pracujících na plný úvazek pracuje 40 respondentů ještě na jiné pozici. Jsou zaměstnáni jako pedagogové, psychoterapeuti, soudní znalci nebo se věnují činnostem odbornostně vzdálenějším (např. taxikář, fotbalista, barmanka a další). Z osob pracujících na zkrácený úvazek má další zaměstnání 23 respondentů. Opět pracují jako pedagogové, psychoterapeuti, věnují se dalším lékařským kvalifikacím, jako je pediatrie nebo stomatologie, nebo stejnou či obdobnou práci vykonávají na dvou pracovištích. Téměř polovina respondentů není a nebyla

v psychoterapeutickém výcviku. Některého z aktuálně probíhajících psychoterapeutických výcviků se účastní 29 osob, v minulosti výcvik absolvovalo 53 osob.



Graf 5: Zobrazení poměru zastoupení dle absolvování psychoterapeutického výcviku

Další část dotazníku se věnovala znalosti pojmů všímavost a soucit k sobě a zkušeností s využíváním technik, které tyto konstrukty využívají. S pojmem všímavost (mindfulness) se v minulosti setkalo 125 osob, s pojmem soucit k sobě 93 osob. Kurz využívající techniky všímavosti absolvovalo 21 respondentů. Techniky využívající všímavost praktikuje ve svém pracovním životě 71 osob, tedy i někteří respondenti, kteří neabsolvovali kurz. Někteří absolventi kurzu techniky nadále ve svém pracovním životě nevyužívají. Pokud respondenti využívají tyto techniky ve své praxi, využívají je nejčastěji každý den nebo alespoň jednou za týden. Ještě o něco více osob využívá techniky založené na všímavosti ve svém osobním životě, celkem 84 respondentů. Opět je praktikují nejčastěji každý den nebo alespoň jednou za týden.

Všímavost	Počet osob (ze 160 osob)
Setkání se s pojmem všímavost	125
Absolvování kurzu	21
Využívání technik v praxi	71
Využívání technik v osobním životě	84

Tabulka 4: Využívání všímavosti

Mimo technik zaměřených přímo na všímavost, se respondenti věnují i dalším praktikám, které jsou technikám všímavosti podobné nebo s nimi souvisejí. Aktivní relaxaci provozuje 59 osob, meditaci 22 osob, jógu 50 osob. Dále se respondenti aktivně věnují např. pobytu v přírodě, malování, smyslové terapii, modlitbám, imaginaci, muzikoterapii a dalším činnostem.

Výzkumu se účastnili respondenti, kteří v dotazníku CBI skórovali jako vyhořelí i jako nevyhořelí. Za osoby s nízkým rizikem jsou považováni ti respondenti, jejichž hrubý skór v podškále osobního vyhoření (CBI-PB) a vyhoření směrem ke klientovi (CBI-CB) je nižší než 300 a v podškále pracovního vyhoření (CBI-WB) je nižší než 350 (Vlachovská, 2011). Zastoupení osob z hlediska vyhoření ukazuje následující tabulka. Rozložení míry vyhoření je zobrazeno v histogramech v příloze č. 2.

	<b>Nízké riziko vyhoření</b>	<b>Vyhoření</b>
CBI-PB	98	62
CBI-CB	103	57
CBI-WB	106	54

**Tabulka 5: Zastoupení z hlediska vyhoření**

## 8. Výsledky

### 8.1. Deskriptivní statistika a normalita rozložení

Hodnoty deskriptivní statistiky sledovaných proměnných jsou uvedeny v následující tabulce.

	FFMQ-15-CZ	SCS-CZ	CBI-PB	CBI-WB	CBI-CB
<b>Průměr</b>	55.0	64.5	270	299	249
<b>Medián</b>	55.0	66.0	263	275	250
<b>Směrodatná odchylka</b>	7.39	11.2	96.0	111	111
<b>Minimum</b>	32	35	50	0	0
<b>Maximum</b>	69	90	525	575	575
<b>Šikmost</b>	-0.211	-0.262	0.106	0.254	0.0365
<b>Špičatost</b>	-0.463	-0.301	-0.368	-0.0295	0.0917
<b>Shapiro-Wilk p</b>	0.045	<b>0.265</b>	<b>0.072</b>	<b>0.082</b>	<b>0.096</b>

Tabulka 6: Deskriptivní statistika (N=160)

Shapiro-Wilkův test neukázal významné odchylky od normálního rozložení u Škály soucitu se sebou (SCS-CZ) a subškál Copenhagen Burnout Inventory (CBI-PB, CBI-WB a CBI-CB). Toto bylo vizuálně potvrzeno pomocí histogramů, které jsou zobrazeny v příloze č. 2. U dotazníku pěti aspektů všímavosti (FFMQ-15-CZ) byla zjištěna hraniční hodnota výsledků Shapiro-Wilkova testu, vizuální kontrola histogramu však ukázala, že odchylka od normálního rozložení není vysoká.

### 8.2. Korelační analýza

Výsledky korelační analýzy jsou zobrazeny v podrobných korelačních maticích, které jsou uvedeny v přílohách č. 3 a 4. Závěry plynoucí z korelační analýzy budou interpretovány v pořadí, ve kterém byly formulovány hypotézy. Hypotézy jsou označeny podle toho, zda se podařilo (zeleně) nebo nepodařilo (červeně) vyvrátit nulové hypotézy nepředpokládající signifikantní vztah mezi proměnnými.

#### H1: Celková míra všímavosti negativně koreluje s mírou osobního vyhoření.

Mezi celkovou mírou všímavosti a mírou osobního vyhoření byla podle očekávání zjištěna středně silná negativní korelace  $r_s = -0.410$  ( $p < 0.001$ ). Čím vyšší je tedy míra všímavosti, tím nižší je míra osobního vyhoření a naopak.

#### H1<sub>1</sub>: Aspekt nereagování negativně koreluje s mírou osobního vyhoření

Mezi aspektem nereagování a mírou osobního vyhoření byla nalezena nízká negativní korelace  $r_s = -0.155$  ( $p = 0.025$ ).

#### H1<sub>2</sub>: Aspekt pozorování negativně koreluje s mírou osobního vyhoření

Mezi aspektem pozorování a mírou osobního vyhoření byla rovněž nalezena nízká negativní korelace  $r_s = -0.160$  ( $p = 0.022$ ).

#### H1<sub>3</sub>: Aspekt vědomého jednání negativně koreluje s mírou osobního vyhoření

Mezi aspektem vědomého jednání a mírou osobního vyhoření byla nalezena nízká negativní korelace  $r_s = -0.211$  ( $p = 0.004$ ).

#### H1<sub>4</sub>: Aspekt popisování negativně koreluje s mírou osobního vyhoření

Mezi aspektem popisování a mírou osobního vyhoření byla nalezena středně vysoká negativní korelace  $r_s = -0.284$  ( $p < 0.001$ ).

#### H1<sub>5</sub>: Aspekt nehodnocení negativně koreluje s mírou osobního vyhoření

Mezi aspektem nehodnocení a mírou osobního vyhoření byla nalezena středně vysoká negativní korelace  $r_s = -0.380$  ( $p < 0.001$ ).

### H2: Celková míra všímavosti negativně koreluje s mírou pracovního vyhoření.

Mezi celkovou mírou všímavosti a mírou pracovního vyhoření byla podle předpokladů zjištěna středně vysoká negativní korelace  $r_s = -0.278$  ( $p < 0.001$ ). Čím vyšší je tedy míra všímavosti, tím nižší je míra pracovního vyhoření.

#### H2<sub>1</sub>: Aspekt nereagování negativně koreluje s mírou pracovního vyhoření

Mezi aspektem nereagování a mírou pracovního vyhoření nebyl zjištěn signifikantní vztah  $r_s = -0.123$  ( $p = 0.061$ ).

#### H2<sub>2</sub>: Aspekt pozorování negativně koreluje s mírou pracovního vyhoření

Mezi aspektem pozorování a mírou pracovního vyhoření nebyl zjištěn signifikantní vztah  $r_s = -0.030$  ( $p = 0.352$ ).

#### H2<sub>3</sub>: Aspekt vědomého jednání negativně koreluje s mírou pracovního vyhoření

Mezi aspektem vědomého jednání a mírou pracovního vyhoření byla zjištěna nízká negativní korelace  $r_s = -0.141$  ( $p = 0.038$ ).

#### H2<sub>4</sub>: Aspekt popisování negativně koreluje s mírou pracovního vyhoření

Mezi aspektem popisování a mírou pracovního vyhoření byla zjištěna nízká negativní korelace  $r_s = -0.219$  ( $p = 0.003$ ).

#### H2<sub>5</sub>: Aspekt nehodnocení negativně koreluje s mírou pracovního vyhoření

Mezi aspektem nehodnocení a mírou pracovního vyhoření byla zjištěna středně vysoká negativní korelace  $r_s = -0.294$  ( $p < 0.001$ ).

### H3: Celková míra všímavosti negativně koreluje s mírou vyhoření směrem ke klientovi.

Mezi celkovou mírou všímavosti a mírou vyhoření směrem ke klientovi byla podle očekávání zjištěna středně silná negativní korelace  $r_s = -0.305$  ( $p < 0.001$ ). Čím vyšší je tedy míra všímavosti, tím nižší je míra vyhoření směrem ke klientovi a naopak.

#### H3<sub>1</sub>: Aspekt nereagování negativně koreluje s mírou vyhoření směrem ke klientovi.

Mezi aspektem nereagování a mírou vyhoření směrem ke klientovi byla zjištěna nízká negativní korelace  $r_s = -0.158$  ( $p = 0.023$ ).

#### H3<sub>2</sub>: Aspekt pozorování negativně koreluje s mírou vyhoření směrem ke klientovi.

Mezi aspektem pozorování a mírou vyhoření směrem ke klientovi nebyl zjištěn signifikantní vztah  $r_s = -0.105$  ( $p = 0.092$ ).

#### H3<sub>3</sub>: Aspekt vědomého jednání negativně koreluje s mírou vyhoření směrem ke klientovi.

Mezi aspektem vědomého jednání a mírou vyhoření směrem ke klientovi nebyl zjištěn signifikantní vztah  $r_s = -0.101$  ( $p = 0.102$ ).

#### H3<sub>4</sub>: Aspekt popisování negativně koreluje s mírou vyhoření směrem ke klientovi.

Mezi aspektem nereagování a mírou vyhoření směrem ke klientovi byla zjištěna nízká negativní korelace  $r_s = -0.272$  ( $p < 0.001$ ).

H3<sub>5</sub>: Aspekt nehodnocení negativně koreluje s mírou vyhoření směrem ke klientovi.

Mezi aspektem nehodnocení a mírou vyhoření směrem ke klientovi byla zjištěna nízká negativní korelace  $r_s = -0.246$  ( $p < 0.001$ ).

**H4: Míra soucitu k sobě negativně koreluje s mírou osobního vyhoření.**

Mezi mírou soucitu k sobě a mírou osobního vyhoření byla nalezena středně vysoká negativní korelace  $r_s = -0.441$  ( $p < 0.001$ ). Čím vyšší je tedy míra soucitu k sobě, tím nižší je míra osobního vyhoření a naopak.

**H5: Míra soucitu k sobě negativně koreluje s mírou pracovního vyhoření.**

Mezi mírou soucitu k sobě a mírou pracovního vyhoření byla nalezena středně vysoká negativní korelace  $r_s = -0.321$  ( $p < 0.001$ ). Čím vyšší je tedy míra soucitu k sobě, tím nižší je míra osobního vyhoření a naopak.

**H6: Míra soucitu k sobě negativně koreluje s mírou vyhoření směrem ke klientovi.**

Mezi mírou soucitu k sobě a mírou vyhoření směrem ke klientovi byla nalezena středně vysoká negativní korelace  $r_s = -0.245$  ( $p < 0.001$ ). Čím vyšší je tedy míra soucitu k sobě, tím nižší je míra osobního vyhoření a naopak.

**H7: Míra užívání technik všímavosti v praxi negativně koreluje s mírou osobního vyhoření.**

Mezi mírou užívání technik všímavosti v praxi a mírou osobního vyhoření nebyl identifikován signifikantní vztah  $r_s = -0.121$  ( $p = 0.064$ ).

**H8: Míra užívání technik všímavosti v praxi negativně koreluje s mírou pracovního vyhoření.**

Mezi mírou užívání technik všímavosti v praxi a mírou pracovního vyhoření nebyl identifikován signifikantní vztah  $r_s = -0.028$  ( $p = 0.365$ ).

**H9: Míra užívání technik všímavosti v praxi negativně koreluje s mírou vyhoření směrem ke klientovi.**



Mezi mírou užívání technik všímavosti v praxi a mírou vyhoření směrem ke klientovi nebyl identifikován signifikantní vztah  $r_s = 0.007$  ( $p = 0.534$ ).

**H10: Míra užívání technik všímavosti v soukromém životě negativně koreluje s mírou osobního vyhoření.**

Mezi mírou užívání technik všímavosti v soukromém životě a mírou osobního vyhoření nebyl identifikován signifikantní vztah  $r_s = 0.084$  ( $p = 0.146$ ).

**H11: Míra užívání technik všímavosti v soukromém životě negativně koreluje s mírou pracovního vyhoření.**

Mezi mírou užívání technik všímavosti v soukromém životě a mírou osobního vyhoření nebyl identifikován signifikantní vztah  $r_s = 0.067$  ( $p = 0.199$ ).

**H12: Míra užívání technik všímavosti v soukromém životě negativně koreluje s mírou vyhoření směrem ke klientovi.**

Mezi mírou užívání technik všímavosti v soukromém životě a mírou osobního vyhoření nebyl identifikován signifikantní vztah  $r = 0.081$  ( $p = 0.154$ ).

**H13: Míra všímavosti pozitivně koreluje s mírou soucitu k sobě.**

Mezi mírou všímavosti a mírou soucitu k sobě byla nalezena vysoká pozitivní korelace  $r_s = 0.669$  ( $p < 0.001$ ). Čím vyšší je tedy míra všímavosti, tím vyšší je míra soucitu k sobě a naopak.

**H13<sub>1</sub>: Aspekt nereagování pozitivně koreluje s mírou soucitu k sobě.**

Mezi aspektem nereagování a mírou soucitu k sobě byla nalezena středně vysoká pozitivní korelace  $r_s = 0.455$  ( $p < 0.001$ ).

**H13<sub>2</sub>: Aspekt pozorování pozitivně koreluje s mírou soucitu k sobě.**

Mezi aspektem pozorování a mírou soucitu k sobě byla nalezena středně vysoká pozitivní korelace  $r_s = 0.314$  ( $p < 0.001$ ).

**H13<sub>3</sub>: Aspekt vědomého jednání pozitivně koreluje s mírou soucitu k sobě.**

Mezi aspektem nereagování a mírou soucitu k sobě byla nalezena středně vysoká pozitivní korelace  $r_s = 0.314$  ( $p < 0.001$ ).

H13<sub>4</sub>: Aspekt popisování pozitivně koreluje s mírou soucitu k sobě.

Mezi aspektem nereagování a mírou soucitu k sobě byla nalezena středně vysoká pozitivní korelace  $r_s = 0.367$  ( $p < 0.001$ ).

H13<sub>5</sub>: Aspekt nehodnocení pozitivně koreluje s mírou soucitu k sobě.

Mezi aspektem nereagování a mírou soucitu k sobě byla nalezena vysoká pozitivní korelace  $r_s = 0.562$  ( $p < 0.001$ ).

## 9. Diskuse

Výsledky výzkumného šetření, které je součástí této diplomové práce, potvrdily signifikantní pozitivní vztah mezi všímavostí a soucitem k sobě, o kterém referují i předchozí výzkumy (např. Birnie et al., 2010; Kuyken et al., 2010; Rimes & Wingrove, 2011; Tirsch, 2010). Toto zjištění vypovídá o tom, že jsou tyto dva koncepty jsou ve vzájemném vztahu a rozvíjení jednoho může úspěšně vést k rozvíjení druhého.

Dalším poznatkem, který přinesly výsledky zmiňovaného výzkumu, je signifikantní negativní vztah mezi celkovou mírou všímavosti a mírou vyhoření v jednotlivých složkách vyhoření (vyhořením směrem ke klientovi, osobní a pracovní vyhoření). Ke stejným závěrům dochází i celá řada dalších studií (např. Hall, 2016; Yang et al., 2017; Raab et al., 2015). Signifikantní negativní vztah s mírou vyhoření se podařilo potvrdit i u většiny aspektů všímavosti. Všechny aspekty všímavosti signifikantně negativně korelují s osobním vyhořením. U pracovního vyhoření byl nalezen negativní, ale ne statisticky významný vztah s aspekty nereagování a pozorování, a u vyhoření směrem ke klientovi s aspekty pozorování a vědomé jednání. Nenalezení signifikantní korelace u aspektů pozorování se objevuje i v dalších studiích (např. Di Benedetto & Swadling, 2014). V kontrastu s tímto zjištěním vystupuje studie, ve které byl nalezen signifikantní negativní vztah mezi aspektem pozorování a vyhořením (Yang et al., 2017). Autoři této studie přisuzují toto zjištění použití dotazníku OLBI ke zjištění míry vyhoření na místo CBI, který byl použit jak ve výzkumu, který je součástí této diplomové práce, tak v případě studie Di Benedetta a Swadlinga (2014). Důvody nepotvrzení hypotéz H2<sub>1</sub> (Aspekt nereagování **negativně** koreluje s mírou pracovního vyhoření.) a H3<sub>3</sub> (Aspekt vědomého jednání **negativně** koreluje s mírou vyhoření směrem ke klientovi.) jsou nejasné. Souvislost jednotlivých aspektů všímavosti s vyhořením je třeba blíže prozkoumat, je pravděpodobné, že některé aspekty všímavosti souvisí s jednotlivými složkami vyhoření (tak jak je chápáno CBI) méně než jiné.

V zahraničních studiích je upozorňováno i na pozitivní vliv absolvování kurzu všímavosti na míru vyhoření (např. Luken & Sammons, 2016; Goodman & Schorling, 2012). V prezentované studii však nebyl tento fenomén zkoumán, protože kurz všímavosti absolvovalo pouze 21 respondentů a výsledky by tedy bylo obtížné zobecňovat. Zároveň design předloženého výzkumu neodpovídá zahraničním studiím a nebylo by tak možné ani vzájemné srovnání výsledků. Pozitivní vliv absolvování kurzu všímavosti na snížení míry

vyhoření lze však na základě zmíněných zahraničních studií očekávat i u zaměstnanců českých psychiatrických nemocnic a oddělení. Tento předpoklad by bylo vhodné ověřit v dalších výzkumných šetřeních.

Nepodařilo se potvrdit úvahu o souvislosti častějšího používání technik s nižší mírou vyhoření. A to jak v soukromém životě, tak v praxi. Tato úvaha vycházela z předpokladu, že pokud souvisí vyšší míra všímavosti s nižší mírou vyhoření, mělo by častější využívání technik všímavosti souviset rovněž s nižší mírou vyhoření. Nabízí se otázka, proč byl tento předpoklad milný. V dříve realizovaných výzkumech obvykle není četnosti užívání technik přikládán důraz a nejsou tedy dostupné empiricky ověřené závěry pro tento jev. Meditace všímavosti v sobě nezahrnuje jen formální techniky, ale i neformální praxi (Kabat-Zinn, 2016; Germer, 2005). Jedním z teoreticky možných vysvětlení je tedy to, že respondenti uvažovali při odpovědi na otázky pouze o formálních technikách. Četnost užívání technik všímavosti tak může být relevantním dotazem např. ihned po absolvování kurzu všímavosti, ale z dlouhodobého hlediska se jeví jako vhodnější ptát se pouze na zkušenost s meditací všímavosti, jak to aplikují zahraniční výzkumy (např. Gozalo, Tarrés, Ayora, Herrero, Kareaga & Roca, 2019).

Všímavost může přispívat k detekci časných příznaků vyhoření. Jestliže je člověk všímavý ke svým pozitivním i negativním pocitům (nejen) vůči zaměstnání a pacientům či klientům, může si včas povšimnout jednotlivých fenoménů v prožívání, zvědomit si je a prožít je, aniž by se jimi nechal pohltit. Může si povšimnout i opakujících se vzorců chování, opakujících se myšlenek a pocitů (Benda, 2013). Ty mu mohou signalizovat, že je v jeho vztahu k práci něco v nepořádku a umožní mu tak včas jednat směrem proti rozvíjení syndromu vyhoření. Tím všímavost může vytvářet protektivní faktor syndromu vyhoření.

Dále byla ověřována souvislost soucitu k sobě s vyhořením. Výsledky výzkumu potvrdily, že vyšší míra soucitu k sobě signifikantně souvisí s nižší mírou vyhoření ve všech jeho složkách (vyhoření směrem ke klientovi, osobní a pracovní vyhoření). Tyto závěry jsou shodné se zjištěními dalších výzkumníků (např. Atkinson et al., 2017; Babenko et al., 2019). Soucit k sobě může být užitečným nástrojem pro prevenci a zvládání symptomů vyhoření. Soucit k sobě umožňuje jedinci, který je konfrontován se symptomy vyhoření, přijímat nastalou situaci s emočně pozitivním nábojem k sobě samému. Nebere pak své negativní pocity vůči zaměstnání a pacientům či klientům jako selhání, ale jako

něco, co patří k životu člověka, co je běžnou lidskou zkušeností. Chce si být sobě oporou v nastalé situaci a přistupuje k sobě s empatií a vřelostí. Přijímající postoj zaujímá i k negativním myšlenkám, které se objeví ve vědomí. Může si tak dříve povšimnout, že se něco děje a aktivně s tím začít pracovat (Neff, 2003). Soucit k sobě umožňuje také vyrovnávání se s některými osobnostními rizikovými faktory syndromu vyhoření jako je např. tendence zvládat vše bez pomoci nebo sklon k perfekcionismu (Stock, 2010). Těmito způsoby může soucit k sobě vytvářet protektivní faktor vyhoření.

Výsledky tohoto, ale i předchozích výzkumů podporují využívání všímavosti jako preventivního nástroje vzniku a rozvoje syndromu vyhoření. Všímavost je velmi moderní a široce zkoumaný fenomén, přesto se mi nepodařilo nalézt výzkumy, které by nepotvrdily nebo vyvracely pozitivní vliv všímavosti na vyhoření. Otázkou je, zda tyto výzkumy nezůstávají v šuplících pracovních stolů výzkumníků, aniž by byly prezentovány. Na tomto místě bych tedy ráda znovu upozornila, že je důležité uvědomovat si také kontraindikace využívání technik všímavosti, nepovažovat ji za neomezeně aplikovatelnou a pečlivě zkoumat možnosti, kdy má její využití smysl. Je žádoucí mít na paměti historické kořeny všímavosti a pojímat ji v celé její šíři a kontextu (Kostanski & Hassed, 2008; Linehan, 1994). Techniky všímavosti by měl zároveň s klienty používat pouze terapeut s rozsáhlými zkušenostmi s meditací všímavosti (Baer & Krietemeyer, 2006). Se stejnou obezřetností je třeba přistupovat i k uplatňování soucitu k sobě.

Během výzkumného šetření bylo identifikováno několik úskalí a limitů. Jedním z faktorů, který je třeba mít na paměti při interpretování výsledků je, že do sběru dat vstoupila pandemie covidu-19 a sběr dat byl tak předčasně ukončen. Nebyl tedy naplněn původní záměr realizovat výzkum alespoň na 200 – 250 respondentech a zároveň mohly být výsledky některých dotazníků ovlivněny zvýšenou mírou stresu respondentů v důsledku počínající pandemie.

Další limity byly identifikovány v použitých dotaznících. Úvodní demografický dotazník byl sestaven tak, aby na základě jeho vyplnění nebylo možné identifikovat respondenty, nebyla tedy zařazena otázka na konkrétní pracoviště nebo konkrétní skupinu pacientů, se kterou respondent pracuje. Tyto údaje by jistě mohly přinést zajímavé poznatky, ale vzhledem k hypotézám a zvýšení ochoty zaměstnanců účastnit se studie, nebyly do výzkumu zařazeny. Další otázkou, která se jevila jako relevantní, bylo zařazení dotazu na výši platu. Vyšší platové ohodnocení by mohlo teoreticky vést k nižší míře

vyhoření. Problematika vnímání adekvátnosti platu však není takto jednoduchá a do hry vstupují i další faktory jako výše platu dalších zaměstnanců a jiné benefity. Navíc se jedná o citlivý údaj, který respondenti nemusí chtít sdílet. Jako vhodnější by se tedy jevila otázka na spokojenost s finančním ohodnocením a dalšími benefity. Doporučuji tuto otázku zařadit v příštích výzkumech pro získání úplnějších informací o výzkumném vzorku. Dále doporučuji zařadit více otázek týkajících se soucitu k sobě, např. „*Absolvovali jste v minulosti kurz využívající techniky soucitu k sobě?*“, „*Využíváte vědomě soucit k sobě?*“. Do dotazníku nebyly zařazeny i některé z dalších obvyklých otázek (např. otázka na nejvyšší dosažené vzdělání, počet dětí a další). Tyto oblasti nebyly zohledněny vzhledem k povaze výzkumných otázek, které jejich zodpovězení nevyžadovaly a s ohledem na zkrácení času nutného pro vyplnění dotazníku, aby nedocházelo k nadměrnému časovému vytížení probandů. Některé z otázek, kladených v demografickém dotazníku, nebyly dostatečně konkrétní. Jedná se o otázku na využívání technik všímavosti v praxi („*Využíváte ve své praxi techniky využívající všímavost?*“ – *odpověď* ano/ne), na zdravotní stav („*Jaký je Váš zdravotní stav?*“ – *odpověď* zdravý/krátkodobá nemoc/dlouhodobá nemoc) a na dobu strávenou na pracovní pozici („*Kolik let pracujete na této pracovní pozici?*“ – *odpověď* číslo). Tyto nedostatky se bohužel nepodařilo odhalit během pilotáže, ale až během interpretování výsledků. U otázky na využívání technik všímavosti v praxi bylo nejasné, zda se myslí využívání technik samotným respondentem nebo používání technik při práci s klienty. Vzhledem k povaze výzkumných otázek by přesnější znění mohlo být např. „*Využíváte techniky všímavosti ke snížení svého stresu z pracovního procesu?*“. Nepřesnost v této otázce mohla ovlivnit výsledky ověřování hypotéz H7 – H9 o vlivu častějšího užívání technik všímavosti v praxi na snížení míry vyhoření. U otázky na zdravotní stav doporučuji blíže definovat, co se myslí krátkodobou a co dlouhodobou nemocí (např. přidat k odpovědi časový údaj trvání symptomů) pro získání přesnějších výsledků. U otázky na dobu strávenou na pracovní pozici může být nejasné, zda je tím myšleno u současného zaměstnavatele nebo v součtu u všech zaměstnavatelů. Tato nesrozumitelnost by mohla být odstraněna rozdělením na dvě otázky např. „*Kolik let pracujete na této pracovní pozici u současného zaměstnavatele?*“ a „*Kolik let pracujete na této pozici celkem?*“

Další limity se váží k použitým dotazníkům pro zjišťování míry vyhoření (CBI), míry všímavosti (FFMQ-15-CZ) a míry soucitu k sobě (SCS-CZ). Jedná se o sebeposuzovací dotazníky, které jsou závislé na schopnosti introspekce probanda. Jedna

z respondentek uvedla, že měla potíže s vyplněním dotazníku, protože nikdy nezažila stavy, které jsou v dotazníku popisovány a musela tak při odpovídání pracovat s hypotetickou představou. V českých výzkumech, které s těmito dotazníky pracují, se obvykle neobjevuje kritika metod, proto doporučuji v příštích projektech zařadit otázku týkající se zpětné vazby na jednotlivé dotazníky (např. „*Jak se Vám tento dotazník vyplňoval?*“), aby byl zajištěn systematický sběr podnětů pro případnou úpravu dotazníků nebo způsobu jejich administrace. Obtíže s vyplňováním dotazníků mohlo způsobit také to, že byly vyplňovány elektronicky, bez účasti výzkumníka a respondenti neměli možnost se doptávat. U jednoho respondenta se v dotaznících nápadně často vyskytovalo označení střední hodnoty škály. Odpovědi tohoto respondenta nebyly ze šetření vyřazeny, ale zůstává otázkou, z jakého důvodu se respondent rozhodl odpovídat tímto způsobem. Nemožnost kontroly způsobu vyplnění dotazníku je další nevýhodou nepřítomnosti výzkumníka.

Při zobecňování výsledků výzkumu je dobré mít na paměti, že výzkum nebyl proveden na reprezentativním vzorku populace. Výběr je nenáhodný, jedná se o samovýběr a lze předpokládat, že výzkumu se účastnili jedinci, které daná problematika zajímá, nebo jsou méně časově vytížení a mají prostor dělat během pracovní doby ještě něco navíc. Dotazník vyplnili jak jedinci, kteří nevykazují riziko vyhoření, tak osoby s vysokou mírou vyhoření. Rozložení míry vyhoření respondentů se blížilo normálnímu rozdělení. Tím se tato studie liší od výzkumů, které pracují pouze s osobami, které vykazují příznaky vyhoření (např. Luken & Sammons, 2016).

Výzkumný soubor byl nevyvážený z hlediska zastoupení jednotlivých profesí. Nebylo tak realizovatelné rozdělit probandy do skupin, které by bylo možné vzájemně porovnat a získat tak přesnější informace o zkoumaném fenoménu a závislosti výsledků na příslušnosti k profesi. Tomu by bylo možné předejít cíleným vytvořením vyváženého souboru. Ve výzkumu, který je součástí této diplomové práce, nebylo vyvážení možné kvůli předčasnému ukončení sběru dat v důsledku pandemie covidu-19. Dělení souboru nebylo v souvislosti s výzkumnými otázkami nutné, ale mohlo by přinést podrobnější informace. Doporučuji tedy v návazných výzkumech prozkoumat závislost zkoumaného fenoménu na příslušnosti k profesi, ale i dalších demografických charakteristikách, jako jsou délka praxe, pohlaví a věk respondentů a přispět tak k nejasnostem o vlivu těchto proměnných na vyhoření (Kebza & Šolcová, 2003).

Výzkum realizovaný jako součást této diplomové práce je ojedinělý vzhledem k výzkumnému souboru. Doposud podle dostupných zdrojů nebyl realizován výzkum souvislostí mezi všímavostí, soucitem k sobě a syndromem vyhoření, který by se věnoval odborníkům na duševní zdraví působícím v České republice. Výsledky výzkumu přivádějí k úvaze, že rozvíjením soucitu k sobě a všímavosti bychom mohli předcházet syndromu vyhoření nebo snižovat jeho míru. Jednou z možných variant využití tohoto zjištění je zařazení kurzů věnujících se právě rozvoji všímavosti a soucitu k sobě jako benefitu pro zaměstnance psychiatrických nemocnic a oddělení, kteří pracují v přímé práci s klienty. Účinnost těchto kurzů na zvýšení všímavosti a soucitu k sobě a následně i na snížení míry vyhoření by bylo vhodné ověřit pomocí dalších výzkumů podobně jako v zahraničí (např. Luken & Sammons, 2016; Goodman & Schorling, 2012; Askey-Jones, 2018). Zásadní přínos by měl longitudinální výzkum, který by přinesl zjištění týkající se délky trvání pozitivního efektu absolvování kurzu a ozřejmil by, zda se nejedná pouze o placebo efekt (Kostanski & Hassed, 2008). V takovém výzkumu by měla být zkoumána míra všímavosti, soucitu k sobě a vyhoření nejen před a po absolvování některého z kurzů, ale především v delších časových intervalech po dokončení kurzu. Další možností, jak rozšířit zjištění v oblasti souvislostí všímavosti, soucitu k sobě a syndromu vyhoření, je pokus o predikování hodnot vyhoření u zaměstnanců psychiatrických nemocnic a oddělení na základě míry jejich všímavosti a soucitu k sobě (podobně např. Taylor & Millear, 2016). Zaměstnancům, kteří by spadali do rizikové skupiny, by pak mohla být věnována zvláštní péče, která by tak byla více indikovaná a náklady na ni finančně příznivější.



## **Závěr**

Tato diplomová práce se věnovala prozkoumání souvislostí mezi všímavostí, soucitem k sobě a syndromem vyhoření. Výzkum, který je součástí práce, byl zaměřen konkrétně na zaměstnance psychiatrických nemocnic a oddělení, kteří se věnují přímé práci s klienty. Podařilo se prokázat statisticky významnou negativní korelaci všímavosti a soucitu k sobě s intenzitou vyhoření u této cílové skupiny. Tímto zjištěním diplomová práce přispívá k otázce a možnostem prevence syndromu vyhoření. Zároveň tvoří další článek ve zkoumání možností využití všímavosti, soucitu k sobě a technik a kurzů, které jsou zaměřeny na rozvoj těchto schopností. Podle očekávání se podařilo prokázat, že rozvinutá všímavost a soucit k sobě mohou fungovat jako protektivní faktory vyhoření. Pozornost byla věnována především souvztažnostem mezi mírou všímavosti a soucitu k sobě daných jedinců a mírou jejich vyhoření. K měření těchto proměnných byly využity sebesposuzovací dotazníky. Ve shodě se zahraničními výzkumy můžeme tvrdit, že vyšší míra všímavosti a soucitu k sobě statisticky významně souvisí s nižší mírou vyhoření.

Zároveň však s tímto zjištěním docházíme k dalším otázkám a předpokladům, které bude nutné prověřit výzkumem. Vede cílené rozvíjení všímavosti a soucitu k sobě prostřednictvím kurzu k poklesu míry vyhoření u zaměstnanců psychiatrických nemocnic a oddělení? Jakými způsoby můžeme efektivně rozvíjet všímavost a soucit k sobě? Má rozvíjení všímavosti a soucitu k sobě dlouhodobý preventivní efekt na vyhoření nebo působí jen krátkodobě? Lze za pomoci zjištění míry všímavosti a soucitu k sobě predikovat míru vyhoření? Objasněním těchto a mnoha dalších otázek můžeme rozšířit naše povědomí o prevenci a léčbě syndromu vyhoření za pomoci všímavosti a soucitu k sobě a efektivněji indikovat kurzy na rozvíjení všímavosti konkrétním zaměstnancům. Díky efektivní prevenci a léčbě syndromu vyhoření by pak bylo možné udržovat či zvyšovat životní a pracovní spokojenost zaměstnanců psychiatrických nemocnic a oddělení a potažmo i zvyšovat kvalitu péče o klienta a snižovat fluktuaci zaměstnanců ve zdravotnických zařízeních.

Zároveň je však nutné mít na paměti, že na vzniku a rozvoji syndromu vyhoření se podílí celá řada faktorů a všímavost a soucit k sobě jsou jen jedním z využitelných nástrojů k jeho prevenci a léčbě. Zařazení metod pro rozvíjení těchto schopností do pracovní náplně zaměstnanců psychiatrických oddělení tedy nelze považovat za dostatečné opatření. Na tuto problematiku je nutné pohlížet v celé její komplexitě. A to jak na úrovni zaměstnance,

který sám pečuje o své blaho a aktivně předchází zvýšené míře stresu a vyhoření, tak na straně zaměstnavatele, který se cíleně věnuje péči o své zaměstnance.

## Seznam použité literatury

1. Adriaenssens, J., De Gucht, V., & Maes, S. (2015). Determinants and prevalence of burnout in emergency nurses: A systematic review of 25 years of research. *International Journal of Nursing Studies*, 52(2), 649-661.
2. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th Revision). Washington, DC: Author.
3. American Psychological Association (2010). *Publication manual of the American Psychological Association*. Washington, DC: American Psychological Association.
4. Ashkar, K., Romani, M., Musharrafieh, U., & Chaaya, M. (2010). Prevalence of burnout syndrome among medical residents: experience of a developing country. *Postgraduate Medical Journal*, 86(1015), 266-271.
5. Askey-Jones, R. (2018). Mindfulness-based cognitive therapy: An efficacy study for mental health care staff. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 25(7), 380-389.
6. Atkinson, D. M., Rodman, J. L., Thuras, P. D., Shiroma, P. R., & Lim, K. O. (2017). Examining burnout, depression, and self-compassion in veterans affairs mental health staff. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 23(7), 551-557.
7. Babenko, O., Mosewich, A. D., Lee, A., & Koppula, S. (2019). Association of Physicians' Self - Compassion with Work Engagement, Exhaustion, and Professional Life Satisfaction. *Medical Sciences*, 7(2), 29.
8. Baer, R. A., & Krietemeyer, J. (2006). Overview of mindfulness- and acceptance-based treatment approaches. In: Baer, R. A. (Ed.). *Mindfulness-based treatment approaches: Clinician's guide to evidence base and applications* (s. 3-27). San Diego, CA, US: Elsevier Academic Press.
9. Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 125-143.
10. Baer, R. A., Fischer, S., & Huss, D. B. (2005). Mindfulness and acceptance in the treatment of disordered eating. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive Behavior Therapy*, 23(4), 281-300.

11. Baer, R. A., Lykins, E. L. B., & Peters, J. R. (2012). Mindfulness and self-compassion as predictors of psychological wellbeing in long-term meditators and matched nonmeditators. *The Journal of Positive Psychology*, 7(3), 230-238.
12. Baer, R. A., Smith, G. T., & Allen, K. B. (2004). Assessment of mindfulness by self-report: The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills. *Assessment*, 11(3), 191–206.
13. Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using selfreport assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13(1), 27-45 .
14. Balogun, J. A., Titiloye, V., Balogun, A., Oyeyemi, A., & Katz, J. (2002). Prevalence and determinants of burnout among physical and occupational therapists. *Journal of Allied Health*, 31(3), 131-139.
15. Benda, J. (2007). Všímavost v psychologickém výzkumu a v klinické praxi. *Československá psychologie*, 51(2), 129-140.
16. Benda, J. (2013). *Všímavost v psychoterapii: Aktuální otázky a směr budoucího výzkumu*. Prezentace ze 4. Mezinárodního psychoterapeutického sympozia v Brně. [vid. 2020-07-19]. Dostupné z: <https://www.slideshare.net/janbenda1/benda2013-vmavost-v-psychoterapii>
17. Benda, J. (2019). *Všímavost a soucit se sebou: proměna emocí v psychoterapii*. Praha: Portál.
18. Benda, J., & Reichova, A. (2016). Psychometrické charakteristiky české verze Self-Compassion Scale (SCS-CZ). *Československá psychologie*. 60(2), 120-136.
19. Benda, J., Kadlečík, P., & Loskotová, M. (2018). Rozdíly v soucitu se sebou a ve studu u pacientů s úzkostnými poruchami, pacientů s depresivními poruchami a u zdravých kontrol. *Československá psychologie*, 62(6), 529-541.
20. Birnie, K., Speca, M., & Carlson, L. E. (2010). Exploring self-compassion and empathy in the context of mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 26(5), 359-371.
21. Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, ... Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical psychology: Science and practice*, 11(3), 230–241.
22. Black, D. S. (2011). A brief definition of mindfulness. *Mindfulness Research Guide*. [vid. 2020-03-20]. Dostupné z: [www: http://www.mindfulexperience.org](http://www.mindfulexperience.org).

23. Boersma, K., Håkanson, A., Salomonsson, E., & Johansson, I. (2015). Compassion focused therapy to counteract shame, self-criticism and isolation. A replicated single case experimental study for individuals with social anxiety. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 45(2), 89-98.
24. Bohlmeijer, E., Ten Klooster, P. M., Fledderus, M., Veehof, M., & Baer, R. (2011). Psychometric properties of the Five Facet Mindfulness Questionnaire in depressed adults and development of a short form. *Assessment*, 18(3), 308-320.
25. Boubervlová, S. (2019). *Psychologické aspekty soucitu*. (Diplomová práce). Univerzita Karlova v Praze. Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/190501>
26. Bowen, S., Witkiewitz, K., Dillworth, T. M., Chawla, N., Simpson, T. L., Ostafin, B. D., ... Marlatt, G. A. (2006). Mindfulness meditation and substance use in an incarcerated population. *Psychology of Addictive Behaviors*, 20(3), 343-347.
27. Boyd, J. E., Lanius, R. A., & McKinnon, M. C. (2018). Mindfulness-based treatments for posttraumatic stress disorder: a review of the treatment literature and neurobiological evidence. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 43(1), 7-25.
28. Brown, K. & Ryan, R. M. (2004). Perils and promise in defining and measuring mindfulness: Observations from experience. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 242-248.
29. Brown, K. W. & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822-844.
30. Brown, K. W., Ryan, R. M., & Creswell, J. D. (2007). Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychological Inquiry*, 18(4), 211-237.
31. Cañadas-De la Fuente, Guillermo A., Vargas, C., San Luis, C., García, I., Cañadas, G. R., & De la Fuente, Emilia I. (2015). Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession. *International Journal of Nursing Studies*, 52(1), 240-249.
32. Capper, C. (2008). Compassion. In E. Mason-Whitehead, A. McIntosh-Scott, A. Bryan, & T. Mason (Eds.). *Key Concepts in Nursing* (s. 69-73). London: Sage.
33. Cardaciotto, L. (2005). *Assessing mindfulness: The development of a bi-dimensional measure of awareness and acceptance*. (Disertační práce). Drexler University. Dostupné z: <file:///C:/Users/Petra/Downloads/OBJ%20Datastream.pdf>

34. Cardaciotto, L., Herbert, J. D., Forman, E. M., Moitra, E., & Farrow, V. (2008). The assessment of present-moment awareness and acceptance: The Philadelphia Mindfulness Scale. *Assessment*, 15(2), 204-223.
35. Carlson, L. E., Speca, M., Patel, K. D., & Goodey, E. (2003). Mindfulness-Based Stress Reduction in relation to quality of life, mood, symptoms of stress, and immune parameters in breast and prostate cancer outpatients. *Psychosomatic Medicine*, 65(4), 571-581.
36. Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale: Erlbaum.
37. Cohen-Katz, J., Wiley, S., Capuano, T., Baker, D. M., Deitrick, L., & Shapiro, S. (2005). The effects of mindfulness-based stress reduction on nurse stress and burnout: a qualitative and quantitative study, part III. *Holistic nursing practice*, 19(2), 78-86.
38. Černíková, B. (2014). *Syndrom vyhoření u vysokoškolských pedagogů - mezinárodní srovnávací studie*. (Diplomová práce). Univerzita Karlova v Praze. Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/121070>
39. Čížková, K. (2018). *Mindfulness a orgastická kapacita ženy*. (Diplomová práce). Univerzita Karlova v Praze. Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/178703>
40. Davis, D. & Hayes, J. (2011). What are the Benefits of Mindfulness? A Practise Rewiew of Psychoterapy-Related Research. *Psychoterapy*, 48(2),198-208 .
41. Davis, L. W., Strasburger, A. M., & Brown, L. F. (2007). Mindfulness: An intervention for anxiety in schizophrenia. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 45(11), 23-29.
42. Demerouti, E. & Bakker, A. B. (2008). The Oldenburg Burnout Inventory: A good alternative to measure burnout and engagement. In J. Halbesleben (Ed.). *Handbook of Stress and Burnout in Health Care* Nova Science (s. 65-78). New York: Hauppauge.
43. Desmond, T. (2016). *Self-compassion in psychotherapy: Mindfulness-based practices for healing and transformation*. New York: W. W. Norton & Company.
44. Di Benedetto, M., & Swadling, M. (2014). Burnout in Australian psychologists: Correlations with work-setting, mindfulness and self-care behaviours. *Psychology, Health & Medicine*, 19(6), 705–715.
45. Dollard, M. F., LaMontagne, A. D., Caulfield, N., Blewett, V., & Shaw, A. (2007). Job stress in the Australian and international health and community services sector:

- A review of the literature. *International Journal of Stress Management*, 14(4), 417-445.
46. Dvorská, E. (2018). *Rané vzpomínky na vřelost a bezpečí, soucit se sebou a tendence k prožívání studu*. (Diplomová práce). Univerzita Palackého v Olomouci. Dostupné z: [https://theses.cz/id/eu0fai/Dvorsk\\_E\\_\\_\\_DP.pdf](https://theses.cz/id/eu0fai/Dvorsk_E___DP.pdf)
  47. Dvořáková, M. (2019). *Soucit k sobě a stud u pacientů s úzkostnou poruchou*. (Diplomová práce). Univerzita Karlova v Praze. Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/191354>
  48. Embriaco, N., Azoulay, E., Barrau, K., Kentish, N., Pochard, F., Loundou, A., & Papazian, L. (2007). High level of burnout in intensivists: prevalence and associated factors. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 175(7), 686-692.
  49. Feldman, G., Hayes, A., Kumar, S., Greeson, J., & Laurenceau, J. (2007). Mindfulness and emotion regulation: The development and initial validation of the Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised (CMS-R). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 29(3), 177-190.
  50. Figley, C. R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of clinical psychology*, 58(11), 1433-1441.
  51. Fjorback, L. O., Arendt, M., Ornbøl, E., Fink, P., & Walach, H. (2011). Mindfulness-based stress reduction and mindfulness-based cognitive therapy: a systematic review of randomized controlled trials. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 124, 102-119.
  52. Follette, V. M., Palm, K. M., & Rasmussen-Hall, M. L. (2004). Acceptance, mindfulness, and trauma. In: S. C. Hayes, V. M. Follette, & M. M. Linehan (Eds.). *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition* (s. 192-208). New York, NY, US: Guilford Press.
  53. Frankl, V. E. (2019). *Teorie a terapie neuróz: úvod do logoterapie a existenciální analýzy*. Praha: Portál.
  54. Freudenberger, H. J. (1974). Staff burn-out. *Journal of social issues*, 30(1), 159-165.
  55. Frýba, M. (1993). *Principy satiterapie: příručka k výcvikovému kurzu*. Velká Bíteš: Ateliér Satiterapie.
  56. Frýba, M. (2003). *Umění žít šťastně: Buddhova Abhidhamma v praxi meditace a zvládání života*. Praha: Argo.
  57. Frýba, M. (2008). *Psychologie zvládání života: aplikace metody abhidhamma*. Brno: Albert.

58. Fulton, P. R. (2005). Mindfulness as clinical training. In: Ch. K. Germer, R. D. Siegel, & P. R. Fulton (Eds.), *Mindfulness and psychotherapy* (s. 55-72). New York, NY, US: Guilford Press.
59. Gale, C., Gilbert, P., Read, N., & Goss, K. (2014). An evaluation of the impact of introducing compassion focused therapy to a standard treatment programme for people with eating disorders. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 21(1), 1-12.
60. Garkisch, D. (2019). Zbudou nám jen sestry a lékařky? Muži o medicínu ztrácejí zájem. In: *Naše zdravotnictví*. Česká lékařská komora. Dostupné z: <https://www.nasezdravotnictvi.cz/aktualita/zbudou-nam-jen-sestry-a-lekarky-muzi-o-medicinu-ztraceji-zajem>
61. Germer, C. K. (2005). Mindfulness. What Is It? What does It Matter? In C. R. Germer (Ed.). *Mindfulness and Psychotherapy*. New York: The Guilford Press.
62. Germer, C. K. (2009). *The mindful path to self-compassion: Freeing yourself from destructive thoughts and emotions*. New York: The Guilford Press.
63. Gilbert, P. (2009). *The compassionate mind*. London: Constable.
64. Gilbert, P. (2010). *The compassionate mind: A new approach to life's challenges*. Oakland: New Harbinger Publications.
65. Gilbert, P. (2017). *Compassion: Concepts, research and applications*. Taylor & Francis.
66. Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 13(6), 353-379.
67. Gilbert, P., McEwan, K., Matos, M., & Rivis, A. (2011). Fears of compassion: Development of three self-report measures. *Psychology & Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 84(3), 239-255.
68. Godfrey, K. M., Gallo, L. C., & Afari, N. (2015). Mindfulness-based interventions for binge eating: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Behavioral Medicine*, 38(2), 348-362.
69. Godman, T. A., & Greenland, S. K. (2009). Mindfulness with children: Working with difficult emotions. In: F. Didonna (Ed.). *Clinical handbook of mindfulness*. (s. 417-429). New York: Springer.
70. Goetz, J. L., Keltner, D., & Simon-Thomas, E. (2010). Compassion: An evolutionary analysis and empirical review. *Psychological Bulletin*, 136(3), 351- 374.



71. Goodman, M. J., & Schorling, J. B. (2012). A mindfulness course decreases burnout and improves well-being among healthcare providers. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 43(2), 119-128.
72. Gozalo, R. G., Tarrés, J. F., Ayora, A. A., Herrero, M. A., Kareaga, A. A., & Roca, R. F. (2019). Application of a mindfulness program among healthcare professionals in an intensive care unit: Effect on burnout, empathy and self-compassion. *Medicina Intensiva (English Edition)*, 43(4), 207-216.
73. Gratz, K. L., Tull, M. T., & Wagner, A. W. (2005). Applying DBT mindfulness skills to the treatment of clients with anxiety disorders. In: S. M. Orsillo & L. Roemer (Eds.). *Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety: Conceptualization and treatment*. (s. 147-161). New York, NY, US: Springer Science + Business Media.
74. Gu, J., Strauss, C., Crane, C., Barnhofer, T., Karl, A., Cavanagh, K., & Kuyken, W. (2016). Examining the factor structure of the 39-item and 15-item versions of the Five Facet Mindfulness Questionnaire before and after mindfulness-based cognitive therapy for people with recurrent depression. *Psychological Assessment*, 28(7), 791-802.
75. Gumley, A., Braehler, C., Laithwaite, H., MacBeth, A., & Gilbert, P. (2010). A compassion focused model of recovery after psychosis. *International Journal of Cognitive Therapy*, 3(2), 186-201.
76. Hall, P. K. (2016). *Mindfulness based intervention in reducing burnout syndrome in geriatric healthcare providers in chinese population: A case study* (Order No. AAI3735216). Available from APA PsycInfo®. (1845547776; 2016-37859-229). Dostupné z: <https://search.proquest.com/docview/1845547776?accountid=35514>
77. Hamrová, K. (2016). *Sebepečijetj jako jeden z hlavních činitelů osobní pohody*. (Diplomová práce). Univerzita Karlova v Praze. Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/136363>
78. Hanley, A., Abell, N., Osborn, D., Roehrig, A., & Canto, A. (2016). Mind the Gaps: Are Conclusions About Mindfulness Entirely Conclusive? *Journal of Counseling & Development*, 94, 103-113.
79. Hardy, P., Costemale-Lacoste, J., Trichard, C., Butlen-Ducuing, F., Devouge, I., Cerboneschi, V., ... Corruble, E. (2020). Comparison of burnout, anxiety and

- depressive syndromes in hospital psychiatrists and other physicians: Results from the ESTEM study. *Psychiatry Research* 284, 112662.
80. Hartl, P., & Hartlová, H. (2015). *Psychologický slovník*. Praha: Portál.
  81. Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. NY, USA: The Guilford Press.
  82. Hoge, E. A., Hölzel, B. K., Marques, L., Metcalf, C. A., Brach, N., Lazar, S. W., & Simon, N. M. (2013). Mindfulness and self-compassion in generalized anxiety disorder: Examining predictors of disability. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2013(12).
  83. Chadwick, P., Hember, M., Symes, J., Peters, E., Kuipers, E., & Dagnan, D. (2008). Responding mindfully to unpleasant thoughts and images: Reliability and validity of the Southampton Mindfulness Questionnaire (SMQ). *British Journal of Clinical Psychology*, 47(4), 451-455.
  84. Chýle, J. (2016). *Programy založené na všímavosti (mindfulness) v klinické praxi*. (Bakalářská práce). Univerzita Karlova v Praze. Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/165131>
  85. Janáčková, L. (2008). *Základy zdravotnické psychologie*. Praha: Triton.
  86. Jazaieri, H., Jinpa, G. T., McGonigal, K., Rosenberg, E. L., Finkelstein, J., Simon-Thomas, E., ... & Goldin, P. R. (2013). Enhancing compassion: A randomized controlled trial of a compassion cultivation training program. *Journal of Happiness Studies*, 14(4), 1113-1126.
  87. Jeklová, M., & Reitmayerová, E. (2006). *Syndrom vyhoření*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí.
  88. Jinpa, T. (2016). *A fearless heart: how the courage to be compassionate can transform our lives*. Avery.
  89. Jones, J. W. (1982). *The Burnout Syndrome*. Londýn: London House Press.
  90. Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144-156.
  91. Kabat-Zinn, J. (2009). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. Hachette Books.
  92. Kabat-Zinn, J. (2016). *Život samá pohroma: jak čelit stresu, nemoci a bolesti pomocí moudrosti těla a mysli*. Brno: Jan Melvil Publishing.

93. Kang, M., Selzer, R., Gibbs, H., Bourke, K., Hudaib, A., & Gibbs, J. (2019). Mindfulness-based intervention to reduce burnout and psychological distress, and improve wellbeing in psychiatry trainees: A pilot study. *Australasian Psychiatry*, 27(3), 219-224.
94. Kang, Y., Gruber, J. & Gray, J. R. (2013). Mindfulness and de-automatization. *Emotion Review*, 5(2), 192-201.
95. Kebza, V. (2005). *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia.
96. Kebza, V., & Šolcová, I. (2003). *Syndrom vyhoření*. Praha: Státní zdravotní ústav.
97. Keng, S. L., Smoski, M. J., & Robins, C. J. (2011). Effects of mindfulness on psychological health: a review of empirical studies. *Clinical Psychology Review*, 31(6), 1041–1056.
98. King, E., & Haar, J. M. (2017). Mindfulness and job performance: A study of australian leaders. *Asia Pacific Journal of Human Resources*, 55(3), 298-319.
99. Kořínek, D., Benda, J., & Žitník, J. (2019). Psychometrické charakteristiky krátké české verze Dotazníku pěti aspektů všímavosti (FFMQ-15-CZ). *Československá psychologie*, 63(1), 55-70.
100. Kostanski, M., & Hassed, C. (2008). Mindfulness as a concept and a process. *Australian Psychologist*, 43(1), 15–21.
101. Kraska-Lüdecke, K. (2007). *Nejlepší techniky proti stresu*. Praha: Grada.
102. Krieger, T., Altenstein, D., Baettig, I., Doerig, N., & Holtforth, M. G. (2013). Selfcompassion in depression: Associations with depressive symptoms, rumination, and avoidance in depressed outpatients. *Behavior Therapy*, 44(3), 501-513.
103. Kristeller, J. L., Baer, R. A., & Quillian-Wolever, R. (2006). Mindfulness-based approaches to eating disorders. In: R. A. Baer (Ed.). *Mindfulness-based treatment approaches: Clinician's guide to evidence base and applications* (s. 75-91). San Diego, CA, US: Elsevier Academic Press.
104. Kristensen, T. S., Borritz, M., Villadsen, E., & Christensen, K. B. (2005). The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress*, 19(3), 192–207.
105. Křivohlavý, J. (2009). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.
106. Křivohlavý, J. (2012). *Hořet, ale nevyhořet*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství.

107. Kumar, S., Fischer, J., Robinson, E., Hatcher, S., & Bhagat, R. N. (2007). Burnout and job satisfaction in New Zealand psychiatrists: A national study. *International Journal of Social Psychiatry*, 53(4), 306-316.
108. Kuyken, W., Watkins, E., Holden, E., White, K., Taylor, R. S., Byford, S., ... Dalgleish, T. (2010). How does mindfulness-based cognitive therapy work? *Behaviour Research and Therapy*, 48(11), 1105-1112.
109. Lakey, Ch. E., Campbell, W. K., Brown, K. W., & Goodie, A. S. (2007). Dispositional mindfulness as a predictor of the severity of gambling outcomes. *Personality and Individual Differences*, 43(7), 1698-1710.
110. Langer, E. J. (1989). *Mindfulness*. New York: Addison-Wesley Publishing.
111. Längle, A. (1997). Burnout: Existentielle Bedeutung und Möglichkeiten der Prävention. *Existenzanalyse*, 14(2), 11-19.
112. Lau, M. A., Bishop, S. R., Segal, Z. V., Buis, T., Anderson, N. D., Carlson, L., ... Devins, G. (2006). The Toronto Mindfulness Scale: Development and validation. *Journal of Clinical Psychology*, 62(12), 1445-1467.
113. Lepnurm, R., Lockhart, W. S., & Keegan, D. (2009). A measure of daily distress in practising medicine. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 54(3), 170-180.
114. Levitt, J. T., & Karekla, M. (2005). Integrating acceptance and mindfulness with cognitive behavioral treatment for panic disorder. In: Orsillo, S. M. & Roemer, L. (Eds.), *Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety: Conceptualization and treatment*. (s. 165-188). New York, NY, US: Springer Science + Business Media.
115. Li, W., Howard, M. O., Garland, E. L., McGovern, P., & Lazar, M. (2017). Mindfulness treatment for substance misuse: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 75, 62-96.
116. Libigerová, E. (1999). Syndrom profesionálního vyhoření. *Praktický lékař*, 79, 186-190.
117. Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.
118. Linehan, M. M. (1994). Acceptance and change: The central dialectic in psychotherapy. In: S. C. Hayes, N. S. Jacobson, V. M. Follette, & M. J. Dougher (Eds.). *Acceptance and Change: Content and Context In Psychotherapy* (s. 73-86). Reno, NV: Context Press.

119. Louise, S., Fitzpatrick, M., Strauss, C., Rossell, S. L., & Thomas, N. (2017). Mindfulness-and acceptance-based interventions for psychosis: Our current understanding and a meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 192, 57-63.
120. Lucká, Y., & Koblíček, L. (2007). Syndrom vyhoření, práce s ním a jeho prevence. In D. Vodáčková (Ed.). *Krizová intervence* (s. 174-179). Praha: Portál.
121. Luken, M., & Sammons, A. (2016). Systematic review of mindfulness practice for reducing job burnout. *American Journal of Occupational Therapy*, 70(2)
122. Lynch, Th. R., & Bronner, L. L. (2006). Mindfulness and Dialectical Behavior Therapy (DBT): Application with depressed older adults with personality disorders. In: R. A. Baer (Ed.). *Mindfulness-based treatment approaches: Clinician's guide to evidence base and applications* (s. 217-236). San Diego, CA, US: Elsevier Academic Press.
123. MacBeth, A., & Gumley, A. (2012). Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 32(6), 545-552.
124. Mackenzie, C. S., Poulin, P. A., & Seidman-Carlson, R. (2006). A brief mindfulness-based stress reduction intervention for nurses and nurse aides. *Applied nursing research*, 19(2), 105-109.
125. Makransky, J. (2012). Compassion in Buddhist psychology. In C. K. Germer & R. D. Siegel (Eds.), *Compassion and wisdom in psychotherapy* (s. 61-74). New York, USA: Guilford Press.
126. Malach-Pines, A. (2005) The Burnout Measure: Short Version. *International Journal of Stress Management*, (12)1, 78-88.
127. Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.
128. Maroon, I. (2012). *Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků: teorie, praxe, kazuistiky*. Praha: Portál.
129. Martin, J. R. (1997). Mindfulness: A proposed common factor. *Journal of Psychotherapy Integration*, 7(4), 291-312.
130. Maslach, C. (2003). *Burnout: The cost of caring*. Cambridge, MA: Malor Books.
131. Maslach, C., Jackson, S. E., Leiter, M. P., Schaufeli, W. B., & Schwab, R. L. (1986). *Maslach burnout inventory manual*. Palo Alto, CA: Consulting psychologists press.

132. Maslach, C., Jackson, S., & Leiter, M. P. (1997). Maslach burnout inventory. In C. P. Zalaquet & R. J. Wood (Eds.) *Evaluating stress: a book of resources* (s. 191-218). London: The scarecrow press.
133. McBee, L. (2009). Mindfulness-based elder care: Communicating mindfulness to frail elders and their caregivers. In F. Didonna (Ed.). *Clinical handbook of mindfulness*. New York: Springer
134. McCarney, R. W., Schulz, J., & Grey, A. R. (2012). Effectiveness of mindfulnessbased therapies in reducing symptoms of depression: A meta-analysis. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 14(3), 279- 299.
135. Milfont, T. L., Denny, S., Ameratunga, S., Robinson, E., & Merry, S. (2008). Burnout and wellbeing: Testing the Copenhagen burnout inventory in New Zealand teachers. *Social Indicators Research*, 89(1), 169–177.
136. Miller, H., Smith, A. D. (1997). The Road to Burnout. *American Psychological Association*. [vid. 2019-08-28]. Dostupné z: [www.<http// APA Help Center Get the Facts Psychology at Work The Road to Burnout.htm>](http://APA Help Center Get the Facts Psychology at Work The Road to Burnout.htm).
137. Moody, K., Kramer, D., Santizo, R. O., Magro, L., Wyshogrod, D., Ambrosio, J., ... Stein, J. (2013). Helping the helpers: Mindfulness training for burnout in pediatric oncology—a pilot program. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 30(5), 275-284.
138. Moore, R. G., Hayhurst, H., & Teasdale, J. D. (1996). *Measure of awareness and coping in autobiographical memory: Instructions for administering and coding*. (Nepublikovaný manuál). Department of Psychiatry, University of Cambridge.
139. Neff, K. (2004). Self-Compassion and Psychological Well-Being. *Konstruktivism in the Human Sciences*, 9(2), 27-37.
140. Neff, K. (2020). *Self-compassion*. [vid. 2012-08-31]. Dostupné z: <https://self-compassion.org/>
141. Neff, K. D. & Dahm, K. A. (2014). Self-Compassion: What it is, what it does, and how it relates to mindfulness. In M. Robinson, B. Meier & B. Ostafin (Eds.). *Mindfulness and Self-Regulation* (s. 121-140). New York: Springer.
142. Neff, K. D., & Pommier, E. (2013). The relationship between self-compassion and other-focused concern among college undergraduates, community adults, and practicing meditators. *Self and Identity*, 12(2), 160–176.
143. Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self & identity*, 2(3), 223-250.

144. Neff, K. D. (2011). *Self-compassion: Stop beating yourself up and leave insecurity behind*. Londýn, Velká Británie: Hodder & Stoughton
145. Neff, K. D. (2016). The Self-Compassion Scale is a valid and theoretically coherent measure of self-compassion. *Mindfulness*, 7(1), 264-274.
146. Neff, K. D., Rude, S. S., & Kirkpatrick, K. L. (2007). An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *Journal of Research in Personality*, 41(4), 908-916.
147. Olendzki, A. (2005). Mindfulness: The roots of mindfulness? In: C. K. Germer, R. D. Siegel, & P. R. Fulton (Eds.). *Mindfulness and psychotherapy*. (s. 241-261). New York: Guilford Press.
148. Orel, M. (2012). *Psychopatologie*. Praha: Grada.
149. Orsillo, S. M., Roemer, L., & Holowka, D. W. (2005). Acceptance-based behavioral therapies for anxiety: Using acceptance and mindfulness to enhance traditional cognitive-behavioral approaches. In: S. M. Orsillo & L. Roemer (Eds.). *Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety: Conceptualization and treatment*. (s. 3-35). New York, NY, US: Springer Science + Business Media.
150. Ostafin, B. D., & Marlatt, G. A. (2008). Surfing the urge: Experiential acceptance moderates the relation between automatic alcohol motivation and hazardous drinking. *Journal of Social & Clinical Psychology*, 27(4), 404-418.
151. Paul, M. (2012). *Self-Pity or Self-Compassion*. [vid. 2020-03-21]. Dostupné z: [http://www.huffingtonpost.com/margaret-paul-phd/havingselfpity\\_b\\_1097973.html](http://www.huffingtonpost.com/margaret-paul-phd/havingselfpity_b_1097973.html)
152. Pešek, R., & Praško, J. (2016). *Syndrom vyhoření: jak se prací a pomáháním druhým nezničit: pohledem kognitivně behaviorální terapie*. Praha: Pasparta Publishing.
153. Pilařová, I. (2004). *Základy psychologie práce a organizace pro policejní manažery*. Praha: Management Press.
154. Pines, A. M., & Aronson, E. (1988). *Career burnout: causes and cures*. New York: Free Press.
155. Porkertová, M. (2012). *Všímavost u homosexuálně orientovaných osob*. (Diplomová práce). Univerzita Karlova v Praze. Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/90997>
156. Prins, J. T., Hoekstra-Weebers, J. E. H. M., Van De Wiel, H. B. M., Gazendam-Donofrio, S. M., Sprangers, F., Jaspers, F. C., & Van Der Heijden, F. M. M. A. (2007). Burnout among Dutch medical residents. *International Journal of Behavioral Medicine*, 14(3), 119-125.

157. Ptáček, R., & Čeledová, L. (2011). *Stres a syndrom vyhoření u lékařů posudkové služby*. Praha: Karolinum.
158. Ptáček, R., Raboch, J., & Kebza, V. (2013). *Burnout syndrom jako mezioborový jev*. Grada.
159. Raab, K., Sogge, K., Parker, N., & Flament, M. F. (2015). Mindfulness-based stress reduction and self-compassion among mental healthcare professionals: A pilot study. *Mental Health, Religion & Culture*, 18(6), 503-512.
160. Raes, F., Pommier, E., Neff, K. D., & Van Gucht, D. (2011). Construction and factorial validation of a short form of the Self-Compassion Scale. *Clinical psychology & psychotherapy*, 18(3), 250-255.
161. Reichová, A. (2016). *Ověření konvergentní a diskriminační validity české verze dotazníku Self-compassion Scale*. (Diplomová práce). Univerzita Karlova v Praze. Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/165873>
162. Reis, H. I. S., Vale, C., Camacho, C., Estrela, C., & dos Anjos Dixe, M. (2018). Burnout among occupational therapists in Portugal: A study of specific factors. *Occupational Therapy in Health Care*, 32(3), 275-289.
163. Rimes, K. A., & Wingrove, J. (2011). Pilot study of mindfulness-based cognitive therapy for trainee clinical psychologists. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 39(2), 235-241.
164. Rockliff, H., Gilbert, P., McEwan, K., Lightman, S., & Glover, D. (2008). A pilot exploration of heart rate variability and salivary cortisol responses to compassion-focused imagery. *Clinical neuropsychiatry: Journal of treatment evaluation*, 5(3), 132-139.
165. Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2002). Expanding our conceptualization of and treatment for Generalized Anxiety Disorder: Integrating mindfulness/acceptance-based approaches with existing cognitive-behavioral models. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 54-68.
166. Röhr, H. P. (2013). *Nedostatečný pocit vlastní hodnoty: Sebedestruktivní vnitřní programy a jejich překonávání*. Praha: Portál.
167. Rotenstein, L. S., Torre, M., Ramos, M. A., Rosales, R. C., Guille, C., Sen, S., & Mata, D. A. (2018). Prevalence of burnout among physicians: A systematic review. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 320(11), 1131-1150.
168. Rush, M. D. (2003). *Syndrom vyhoření*. Praha: Návrat domů.



169. Scarlet, J., Altmeyer, N., Knier, S., & Harpin, R. E. (2017). The effects of compassion cultivation training (CCT) on health-care workers. *Clinical Psychologist*, 21(2), 116-124.
170. Segal, Z. V., Williams, J. M., & Teasdale, J. D. (2001). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for depression: a new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.
171. Selye, H. (2016). *Stres života*. Hodkovičky: Pragma.
172. Semple, R. J., Reid, E. F. G., & Miller, L. (2005). Treating anxiety with mindfulness: An open trial of mindfulness training for anxious children. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 19(4), 379-392.
173. Shapiro, S. L., Astin, J. A., Bishop, S. R., & Cordova, M. (2005). Mindfulness-based stress reduction for health care professionals: results from a randomized trial. *International journal of stress management*, 12(2), 164.
174. Shiota, M. N., Keltner, D., & John, O. P. (2006). Positive emotion dispositions differentially associated with Big Five personality and attachment style. *The Journal of Positive Psychology*, 1(2), 61-71.
175. Schaufeli, W. B., Maslach, C., & Marek, T. (2017). *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. London, UK: Routledge.
176. Schwartz, J. M. (1996). *Brain lock: Free yourself from obsessive-compulsive behavior*. New York: Regan Books.
177. Siegel, R. D. (2007). *The mindful brain*. New York: Norton.
178. Siegel, R. D., Germer, C. K., & Olendzki, A. (2009). Mindfulness: What is it? Where did it come from? In F. Didonna (Ed.). *Clinical handbook of mindfulness* (s. 17-35). New York: Springer.
179. Simionato, G. K., & Simpson, S. (2018). Personal risk factors associated with burnout among psychotherapists: A systematic review of the literature. *Journal of Clinical Psychology*, 74(9), 1431-1456.
180. Singh, N. N., Lancioni, G. E., Winton, A. S. W., Adkins, A. D., Wahler, R. G., Sabaawi, M., & Singh, J. (2007). Individuals with mental illness can control their aggressive behavior through mindfulness training. *Behavior Modification*, 31(3), 313-328.
181. Singh, N. N., Lancioni, G. E., Winton, A. S., Singh, A. N., Adkins, A. D., & Singh, J. (2008). Clinical and benefit-cost outcomes of teaching a mindfulness-based

- procedure to adult offenders with intellectual disabilities. *Behavior Modification*, 32(5), 622-637 .
182. Speca, M., Carlson, L. E., Mackenzie, M. J., & Angen, M. (2006). Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) as an intervention for cancer patients. In R. A. Baer (Ed.). *Mindfulness-based treatment approaches: Clinician's guide to evidence base and applications*. (s. 239-261). San Diego: Elsevier Academic Press
  183. Stevens, L., Gauthier-Braham, M., & Bush, B. (2018). The brain that longs to care for itself: The current neuroscience of self-compassion. In L. Stevens & Ch. Woodruff (Eds.). *The Neuroscience of Empathy, Compassion and Self-Compassion* (s. 91-120). Academic Press.
  184. Stock, C. (2010). *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada.
  185. Swider, B. W., & Zimmerman, R. D. (2010). Born to burnout: A meta-analytic path model of personality, job burnout, and work outcomes. *Journal of Vocational Behavior*, 76(3), 487-506.
  186. Taylor, N. Z., & Milleer, P. M. R. (2016). The contribution of mindfulness to predicting burnout in the workplace. *Personality and Individual Differences*, 89, 123-128.
  187. Tirsch, D. D. (2010). Mindfulness as a context for the cultivation of compassion. *International Journal of Cognitive Therapy*, 3(2), 113-123.
  188. Toneatto, T., Vettese, L., & Nguyen, L. (2007). The role of mindfulness in the cognitivebehavioural treatment of problem gambling. *Journal of Gambling Issues*, 19(1), 91-100.
  189. Tošner, J., & Tošnerová, T. (2002). *Burn-out syndrom*. Praha: Hestia
  190. Trufelli, D. C., Bensi, C. G., Garcia, J. B., Narahara, J. L., Abrão, M. N., Diniz, R. W., ... & del Giglio, A. (2008). Burnout in cancer professionals: a systematic review and meta-analysis. *European Journal of Cancer Care*, 17(6), 524-531.
  191. Van Dam, N. T., Sheppard, S. C., Forsyth, J. P., & Earleywine, M. (2011). Self-compassion is a better predictor than mindfulness of symptom severity and quality of life in mixed anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(1), 123-130.
  192. Van Gordon, W., Shonin, E., Zangeneh, M., & Griffiths, M. D. (2014). Work-related mental health and job performance: Can mindfulness help? *International Journal of Mental Health and Addiction*, 12(2), 129-137.
  193. Venglářová, M. (2011). *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada.

194. Vlachovská, B. (2011). *Syndrom vyhoření - diagnostické možnosti (srovnávací studie)*. (Diplomová práce). Univerzita Karlova v Praze. Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/91456>
195. Vøllestad, J., Nielsen, M. B., & Nielsen, G. H. (2012). Mindfulness-and acceptance-based interventions for anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of Clinical Psychology*, 51(3), 239-260.
196. Walach, H., Buchheld, N., Buttenmuller, V., Kleinknecht, N., & Schmidt, S. (2006). Measuring mindfulness: The Freiburg Mindfulness Inventory (FMI). *Personality and Individual Differences*, 40(8), 1543-1555.
197. Walach, H., Nord, E., Zier, C., Dietz-Waschkowski, B., Kersig, S., & Schupbach, H. (2007). Mindfulness-Based Stress Reduction as a method for personnel development: A pilot evaluation. *International Journal of Stress Management*, 14(2), 188-198.
198. Weiss, M., Nordlie, J. W., & Siegel, E. P. (2005). Mindfulness-Based Stress Reduction as an adjunct to outpatient psychotherapy. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74(2), 108-112.
199. Werner, K. H., Jazaieri, H., Goldin, P. R., Ziv, M., Heimberg, R. G., & Gross, J. J. (2012). Self-compassion and social anxiety disorder. *Anxiety, Stress & Coping*, 25(5), 543-558.
200. Williams, K. (2006). Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) in a Worksite Wellness Program. In: R. A. Baer (Ed.). *Mindfulness-based treatment approaches: Clinician's guide to evidence base and applications* (s. 361-376). San Diego, CA, US: Elsevier Academic Press.
201. Williams, K. A., Kolar, M. M., Reger, B. E., & Pearson, J. C. (2001). Evaluation of a wellness-based mindfulness stress reduction intervention: A controlled trial. *American Journal of Health Promotion*, 15(6), 422-432.
202. Woo, T., Ho, R., Tang, A., & Tam, W. (2020). Global prevalence of burnout symptoms among nurses: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 123, 9-20.
203. World Health Organization (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization.
204. World Health Organization. (2018). *International statistical classification of diseases and related health problems* (11th Revision). [vid. 2020-02-20]. Dostupné z: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>

205. Yang, S., Meredith, P., & Khan, A. (2017). Is mindfulness associated with stress and burnout among mental health professionals in singapore? *Psychology, Health & Medicine*, 22(6), 673-679.
206. Yook, K., Lee, S., Ryu, M., Kim, K., Choi, T. K., Suh, Sh. Y., ... Kim, M. (2008). Usefulness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for treating insomnia in patients with anxiety disorders: A pilot study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(6), 501-503.
207. Zeng, L., Zhang, J., Zong, Q., Chan, S. W., Browne, G., Ungvari, G. S., ... Xiang, Y. (2020). Prevalence of burnout in mental health nurses in china: A meta-analysis of observational studies. *Archives of Psychiatric Nursing*. 34(3), 141–148.
208. Żołnierczyk, D. (2004). Perceived job stressors and mindfulness-based cognitive stress management intervention: The role of type A and reactivity. *Polish Psychological Bulletin*, 35(1), 25-33.
209. Žitník, J. (2011). *Všímavost a klinické přístupy založené na jejím rozvíjení*. (Diplomová práce). Univerzita Karlova v Praze. Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/100286>

## Seznam grafů

Graf 1: Zobrazení poměru zastoupení dle profese.....	55
Graf 2: Zobrazení poměru zastoupení dle pohlaví.....	56
Graf 3: Zobrazení poměru zastoupení dle věku.....	57
Graf 4: Zobrazení poměru zastoupení dle rodinného stavu.....	58
Graf 5: Zobrazení poměru zastoupení dle absolvování psychoterapeutického výcviku .....	59

## Seznam tabulek

Tabulka 1: Zastoupení dle profese .....	55
Tabulka 2: Zastoupení dle věku .....	57
Tabulka 3: Rozložení podle počtu let na aktuální pozici .....	58
Tabulka 4: Využívání všímavosti .....	59
Tabulka 5: Zastoupení z hlediska vyhoření .....	60
Tabulka 6: Deskriptivní statistika (N=160) .....	61

## Seznam zkratek

ACT	Acceptance and Commitment Therapy
APA	American Psychological Association
BM	Burnout Measure
BMS	Burnout Measure Short
CAMS	Cognitive and Affective Mindfulness Scale
CBI	Copenhagen Burnout Inventory
CBI-CB	Copenhagen Burnout Inventory – client-related burnout
CBI-PB	Copenhagen Burnout Inventory – personal burnout
CBI-WB	Copenhagen Burnout Inventory – work-related burnout
CCT	Compassion Cultivation Training
CFT	Compassion Focused Therapy
CMT	Compassionate mind training
DBS	Dotazník burnout syndromu
DBT	Dialectical Behavioral Therapy
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5. edice
FFMQ	Five Facets Mindfulness Questionnaire
FMI	Freiburg Mindfulness Inventory
FoSC	Fear of Self-Compassion
GAS	General Adaptation Syndrome
ICD-10	International Classification of Diseases, 10. revize
ICD-11	International Classification of Diseases, 11. revize
KIMS	Kentucky Inventory of Mindfulness Skills
MAAS	Mindful Attention Awareness Scale
MACAM	Measure of Awareness and Coping in Autobiographical Memory
MBCT	Mindfulnessbased Cognitive Therapy
MBI	Maslach Burnout Inventory
MBI-ES	Maslach Burnout Inventory – Educators Survey
MBI-GS	Maslach Burnout Inventory – General Survey
MBSR	Mindfulness-based stress reduction
OLBI	Oldenburg Burnout Inventory
SBS-HP	The Staff Burnout Scale for Health Professional
SCS	Self-Compassion Scale
SMQ	Southampton Mindfulness Questionnaire
TMS	Toronto Mindfulness Scale
VA	Veteran Affairs

## Příloha 1. Demografický dotazník



# Všímavost, soucit k sobě a syndrom vyhoření

Dobrý den,

jmenuji se Petra Martinová a jsem studentkou navazujícího magisterského studia psychologie na Filozofické fakultě Univerzity Karlovy.

Právě se před Vámi objevil dotazník, který bude sloužit jako podklad pro výzkumnou část mé diplomové práce a pro výzkum všímavosti a soucitu k sobě realizovaný v rámci výzkumné studie katedry Psychologie vedené PhDr. Katarínou Lonekovou, PhD. a PhDr. Markétou Niederlovou, PhD. Dotazník je anonymní a je určen zaměstnancům psychiatrických nemocnic, oddělení a ambulancí. Pokud jste psycholog, psychiatr, zdravotní sestra, ergoterapeut nebo jiný zaměstnanec věnující se přímé práci s psychiatrickými klienty, prosím Vás o vyplnění následujícího dotazníku. Vyplnění dotazníku Vám zabere přibližně 10 minut.

V případě jakýchkoli dotazů či připomínek mě neváhejte kontaktovat na e-mailu [martinovap@seznam.cz](mailto:martinovap@seznam.cz).

Pohlaví \*

☐ žena

☐ muž

Věk \*

Vaše odpověď



Jaký je Váš rodinný stav? \*

- ☐ svobodný/á bez partnera
- ☐ svobodný/á v partnerském vztahu
- ☐ ženatý/vdaná
- ☐ rozvedený/á

Máte děti? \*

- ☐ ano
- ☐ ne

Jaký je Váš zdravotní stav? \*

- ☐ zdravý
- ☐ krátkodobá nemoc
- ☐ dlouhodobá nemoc

Název pracovní pozice \*

- ☐ psycholog
- ☐ lékař (psychiatr)
- ☐ lékař (jiná odbornost)
- ☐ zdravotní sestra
- ☐ ergoterapeut
- ☐ Jiné: \_\_\_\_\_

Kolik let pracujete na této pracovní pozici? \*

Vaše odpověď

Výše úvazku \*

- ☐ Plný
- ☐ Zkrácený

Máte i jiná zaměstnání? \*

- ☐ Ano
- ☐ Ne

Pokud ano:

Jaká jiná zaměstnání máte? \*

Vaše odpověď

Absolvovali jste v minulosti psychoterapeutický výcvik? \*

- ☐ Ano, mám ho již za sebou
- ☐ Ano, aktuálně jsem ve výcviku
- ☐ Ne

Setkali jste se v minulosti s pojmem všímavost (mindfulness)? \*

☐ Ano

☐ Ne

Setkali jste se v minulosti s pojmem soucit k sobě? \*

☐ Ano

☐ Ne

Absolvovali jste v minulosti kurz věnující se všímavosti (mindfulness)? \*

☐ Ano

☐ Ne

Využíváte ve své praxi techniky využívající všímavost (mindfulness)? \*

☐ Ano

☐ Ne

Pokud ano:

Jak často využíváte techniky využívající všímavost ve své praxi? \*

☐ každý den

☐ alespoň 1x za týden

☐ alespoň 1x za měsíc

☐ alespoň 1x za rok

☐ Jiné: \_\_\_\_\_

Využíváte ve svém soukromém životě techniky využívající všímavost (mindfulness)? \*

☐ Ano

☐ Ne

Pokud ano:

Jak často využíváte techniky využívající všímavost ve svém soukromém životě? \*

☐ každý den

☐ alespoň 1x za týden

☐ alespoň 1x za měsíc

☐ alespoň 1x za rok

☐ Jiné: \_\_\_\_\_

Kterým z následujících aktivit (souvisejících se všímavostí) se věnujete ve svém volném čase (alespoň 1x za měsíc)? \*

☐ jóga

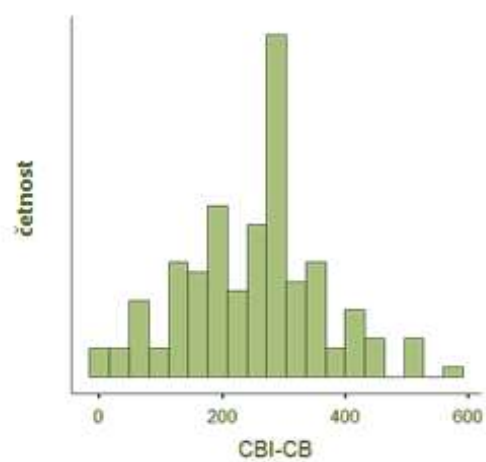
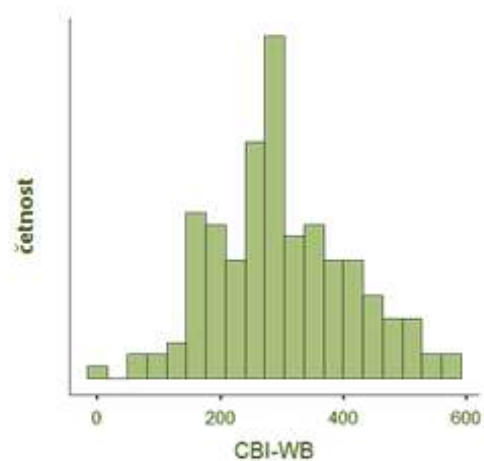
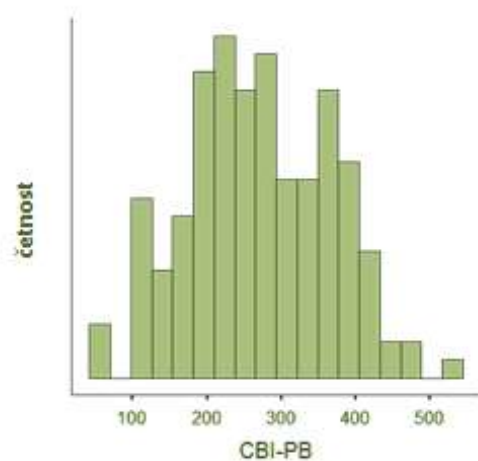
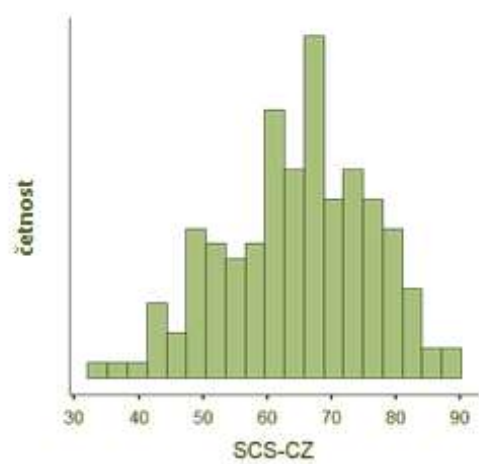
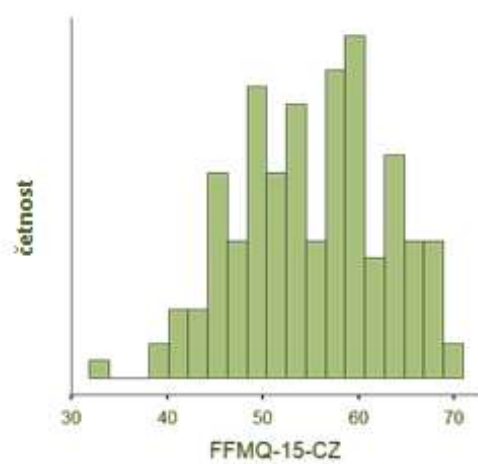
☐ meditace

☐ aktivní relaxace (např. autogenní trénink, progresivní relaxace)

☐ žádná z předchozích

☐ Jiné: \_\_\_\_\_

## Příloha 2. Histogramy



### Příloha 3. Korelační matice (jednostranná hypotéza o negativní korelaci)

		FFMQ-15-CZ	nereagovani	pozorovani	vedome jednani	popisovani	nehodnoceni	SCS-CZ	CBI-PB	CBI-WB	CBI-CB	praxe frekvence	soukromi frekvence
<b>FFMQ-15-CZ</b>	$r_s$	—	0.552		0.480	0.590	0.754	0.669	-0.410 ***	-0.278 ***	-0.305 ***	0.363	0.335
	p-hodnota	—	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	< .001	< .001	< .001	1.000	1.000
<b>nereagovani</b>	$r_s$		—	0.258	0.056	0.144	0.252	0.455	-0.155 *	-0.123	-0.158 *	0.288	0.237
	p-hodnota		—	1.000	0.758	0.965	0.999	1.000	0.025	0.061	0.023	1.000	0.999
<b>pozorovani</b>	$r_s$			—	0.125	0.174	0.372	0.314	-0.160 *	-0.030	-0.105	0.288	0.278
	p-hodnota			—	0.943	0.986	1.000	1.000	0.022	0.352	0.092	1.000	1.000
<b>vedome jednani</b>	$r_s$				—	0.111	0.251	0.314	-0.211 **	-0.141 *	-0.101	0.139	0.069
	p-hodnota				—	0.919	0.999	1.000	0.004	0.038	0.102	0.960	0.808
<b>popisovani</b>	$r_s$					—	0.406	0.367	-0.284 ***	-0.219 **	-0.272 ***	0.233	0.221
	p-hodnota					—	1.000	1.000	< .001	0.003	< .001	0.998	0.998
<b>nehodnoceni</b>	$r_s$						—	0.562	-0.380 ***	-0.294 ***	-0.246 ***	0.177	0.207
	p-hodnota						—	1.000	< .001	< .001	< .001	0.987	0.996
<b>SCS-CZ</b>	$r_s$							—	-0.441 ***	-0.321 ***	-0.245 ***	0.196	0.166
	p-hodnota							—	< .001	< .001	< .001	0.994	0.982
<b>CBI-PB</b>	$r_s$								—	0.636	0.299	-0.121	-0.084
	p-hodnota								—	1.000	1.000	0.064	0.146
<b>CBI-WB</b>	$r_s$									—	0.545	-0.028	-0.067
	p-hodnota									—	1.000	0.365	0.199
<b>CBI-CB</b>	$r_s$										—	0.007	-0.081
	p-hodnota										—	0.534	0.154
<b>praxe frekvence</b>	$r_s$											—	0.639
	p-hodnota											—	1.000
<b>soukromi frekvence</b>	$r_s$												—
	p-hodnota												—
Poznámka: * $p < .05$ , ** $p < .01$ , *** $p < .001$													

#### Příloha 4. Korelační matice (jednostranná hypotéza o pozitivní korelaci)

		FFMQ-15-CZ	nereagovani	pozorovani	vedome jednani	popisovani	nehodnoceni	SCS-CZ
<b>FFMQ-15-CZ</b>	$r_s$	—	0.552 ***	0.629 ***	0.480 ***	0.590 ***	0.754 ***	0.669 ***
	p-hodnota	—	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001
<b>nereagovani</b>	$r_s$	—	—	0.258 ***	0.056	0.144 *	0.252 ***	0.455 ***
	p-hodnota	—	—	< .001	0.242	0.035	< .001	< .001
<b>pozorovani</b>	$r_s$	—	—	—	0.125	0.174 *	0.372 ***	0.314 ***
	p-hodnota	—	—	—	0.057	0.014	< .001	< .001
<b>vedome jednani</b>	$r_s$	—	—	—	—	0.111	0.251 ***	0.314 ***
	p-hodnota	—	—	—	—	0.081	< .001	< .001
<b>popisovani</b>	$r_s$	—	—	—	—	—	0.406 ***	0.367 ***
	p-hodnota	—	—	—	—	—	< .001	< .001
<b>nehodnoceni</b>	$r_s$	—	—	—	—	—	—	0.562 ***
	p-hodnota	—	—	—	—	—	—	< .001
<b>SCS-CZ</b>	$r_s$	—	—	—	—	—	—	—
	p-hodnota	—	—	—	—	—	—	—
Poznámka: * $p < .05$ , ** $p < .01$ , *** $p < .001$								